



**Instituto Superior de Ciências Educativas**

**Departamento de Educação**

**Terapia *Snoezelen* em Crianças com Perturbação do Espectro do  
Autismo**

**- Um estudo de Caso -**

**Rute Alexandra Ramos Teodoro**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial

Domínio Cognitivo e Motor

Orientadora:

Dr.<sup>a</sup> Maria Leonor Marinheiro, Professora Especialista, ISCE

Outubro de 2017

## **Dedicatória**

Hoje tenho a plena certeza que não existe nada melhor  
e verdadeiro que o amor na família...

Aos meus filhos Rafael e Afonso,

Ao meu marido Paulo

A todas as “Marias”...

## **Agradecimentos**

À minha família pelo incentivo à concretização dos meus objetivos, e pela compreensão da minha parcial ausência durante todo este percurso académico.

Em especial, aos meus queridos filhos Rafael e Afonso, pela paciência, compreensão e ternura sempre manifestadas... e por todo o tempo em que não lhes pude prestar a atenção merecida e devida.

Ao meu marido Paulo, um muito obrigada, pela paciência, apoio incondicional e compreensão da importância deste desafio.

À “Maria” e a todos os que me acompanharam nesta caminhada e que muito contribuíram de forma inextinguível para o meu enriquecimento académico, profissional e humano.

À Professora Doutora Maria Leonor Marinheiro pelas suas palavras sábias, e pela preciosa orientação e disponibilidade sempre demonstrada ao longo da orientação.

A todos os professores do Mestrado pelos conhecimentos que me transmitiram, despertando-me para novas perspetivas.

A todos os colegas com quem me cruzei e partilhei as minhas alegrias, dúvidas e angústias, em especial à Milene Fonseca, à Patrícia Catalão e à Tânia Laranjeira ...

Não cabe no meu coração toda a gratidão por conseguir subir mais um degrau na minha vida...obrigada meu Deus.

## Resumo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma Perturbação Global do Desenvolvimento na qual estas crianças apresentam essencialmente dificuldades nas áreas da comunicação, interação social e comportamento. Este é um tema que ainda continua a despertar um grande interesse científico, com intenção de compreender as características específicas destas crianças e adequar o caminho para o seu desenvolvimento.

Considerámos pertinente a realização desta investigação devido à escassa informação existente sobre a aplicação da Terapia *Snoezelen* em crianças com PEA, pouca é a sua divulgação no seio escolar.

O problema do estudo por nós equacionado, centra-se em verificar se existem alterações nos comportamentos exibidos pela PEA. Verificamos se os mesmos comportamentos apresentam alteração com a aplicação da Terapia *Snoezelen*. Da problemática apresentada, surge a pergunta de partida: Será que a Terapia *Snoezelen* - Estimulação Multissensorial - proporciona benefícios relativamente aos comportamentos de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo?

Desta forma, efetuou-se um estudo com uma criança com PEA que frequenta a Resposta Social de Pré-escolar, contando com a colaboração da encarregada de educação, a terapeuta da fala, a técnica de Intervenção Precoce e a educadora titular.

São elaboradas entrevistas semiestruturadas aos inquiridos, antes e após a intervenção da Terapia *Snoezelen*. Também utilizámos como instrumentos de recolha de dados a análise documental e a observação do sujeito. Neste sentido, o método mais adequado para esta investigação é de natureza qualitativa e exploratória, baseado num estudo de caso no âmbito da investigação-ação.

Os resultados adquiridos parecem confirmar que a Terapia *Snoezelen* produz alguns efeitos positivos em crianças com PEA, apesar de termos consciência que este estudo representa limitações, por se tratar somente de um estudo e portanto não pode ser generalizado.

Através deste trabalho, demonstramos a importância da realização de mais estudos baseados em Terapia *Snoezelen* em crianças com PEA, assim como a sua divulgação e utilização por parte dos técnicos.

**Palavras-chave:** Perturbação do Espectro do Autismo; Terapia *Snoezelen*.

### ***Abstract***

Autism Spectrum Disorder (PEA) is a Global Developmental Disorder where children mainly present difficulties in the areas of communication, social interaction and behaviour. This is a topic that still wakens great scientific interest, with the intent to understand the specific characteristics of these children and to adjust the way to their development.

We considered this research to be pertinent due to the scarce information on the application of *Snoezelen* Therapy in children with PEA, there is scarce advertising of this therapy within the school.

The case study is based on verifying if there are any behaviour changes in the PEA. We verified if the same behaviours changed with the application of *Snoezelen* Therapy. From the problem presented, the question that emerges is: Does *Snoezelen* Therapy - Multisensory Stimulation - provide benefits regarding the behaviours of children with Autism Spectrum Disorder?

Therefore, it was carried out a study with a child with PEA who attends the Social Response Pre-school, with the collaboration of the caretaker, the speech therapist, the Precocious Intervention technician and the incumbent educator.

Semi-structured interviews are prepared to apply to the respondents, before and after the intervention of the *Snoezelen* Therapy. We also used document analysis and subject observation as instruments for data collection.

Therefore, the most appropriate method for this research is of a qualitative and exploratory nature, based on a case study in the field of action research.

The acquired results seem to confirm that *Snoezelen* Therapy produces some positive effects in children with PEA, although we are aware that this study represents limitations because it is only a study and therefore cannot be generalized.

Through this investigation, we demonstrate the importance of carrying out more studies based on *Snoezelen* Therapy in children with PEA, as well as its dissemination and use by the technicians.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder; *Snoezelen* Therapy.

## Índice Geral

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
<i>Abstract</i> .....	v
Índice de Abreviaturas.....	ix
Índice de Quadros .....	xi
Índice de Figuras .....	xii
Índice de Anexos .....	xiii
Índice de Apêndices .....	xiv
1. Introdução .....	1
2. Enquadramento Teórico .....	3
2.1. Perturbação do Espectro do Autismo .....	3
2.1.1. Definição e características. ....	3
2.1.1.1. Perturbação na comunicação. ....	5
2.1.1.2. Perturbação interação social. ....	7
2.1.1.3. Perturbação do comportamento e interesses repetitivos. ....	8
2.1.1.4. Diagnóstico. ....	9
2.1.2. Diagnóstico diferencial. ....	12
2.1.3. Etiologia. ....	12
2.1.3.1. Teorias biológicas. ....	13
2.1.3.2. Teorias psicogenéticas. ....	14
2.1.3.3. Teorias Psicológicas. ....	14
2.1.4. Incidência e prevalência. ....	15
2.1.5. Modelos de intervenção educativa.....	16
2.1.5.1. Modelo DIR - Floortime.....	17
2.1.5.2. Modelo de Análise Comportamental Aplicada (ABA). ....	18

2.1.5.3. Modelo de <i>Denver</i> .....	19
2.1.5.4. Modelo de <i>Son-Rise</i> . ....	19
2.1.5.5. Modelo Tratamento e Educação de Crianças com Autismo e com Problemas de Comunicação Relacionados - TEACCH.....	20
2.1.5.6. Sistema de comunicação através de troca de figuras (PECS).....	21
2.1.5.7. Programa Portage para Pais. ....	22
2.2. Estimulação Multissensorial - <i>Snoezelen</i> .....	23
2.2.1. Definição e conceito.....	23
2.2.2. Princípios e objetivos do <i>Snoezelen</i> . ....	24
2.2.3. Ambiente <i>Snoezelen</i> . ....	26
2.2.4. Vantagens e desvantagens de <i>Snoezelen</i> . ....	27
2.2.5. Metodologia de <i>Snoezelen</i> .....	27
2.2.6. <i>Snoezelen</i> e a Perturbação do Espectro do Autismo.....	28
3. Metodologia de Investigação.....	30
3.1. Formulação do problema.....	30
3.2. Definição dos objetivos de investigação .....	30
3.2.1. Objetivo Geral. ....	30
3.2.2. Objetivos Específicos. ....	31
3.3. Tipo de Estudo.....	31
3.4. Amostra / Sujeito / Participantes .....	33
3.4.1. Dimensão do Sujeito. ....	33
3.4.2. Seleção do sujeito. ....	33
3.4.3. Caracterização do Sujeito. ....	34
3.4.4. Participantes. ....	38
3.4.5. Caraterização do meio. ....	43
3.5. Instrumentos .....	48
3.5.1. Técnicas para recolha de dados. ....	48
3.5.2. Técnicas para tratamento e análise de dados. ....	51

3.6. Procedimentos .....	52
3.7. Cronograma .....	57
4. Apresentação dos Resultados.....	599
4.1. Descrição dos resultados .....	59
4.1.1. Análise dos dados das entrevistas. ....	59
4.1.2. Análise de dados das fichas de registo das sessões de <i>Snoezelen</i> . ....	77
4.1.3. Análise de dados da pesquisa documental. ....	78
5. Discussão dos Resultados .....	80
6. Conclusão .....	86
7. Referências Bibliográficas .....	90
8. Anexos .....	96
9. Apêndices .....	115



### Índice de Abreviaturas

<b>ABA</b>	Análise Comportamental Aplicada
<b>ADIR</b>	<i>Autism Diagnostic Interview Revised</i>
<b>ADOS</b>	<i>Autism Diagnostic Observation Schedule</i>
<b>AIA</b>	Associação para a Inclusão e Apoio ao Autista
<b>AMCIP</b>	Associação Mantenedora do Centro Integrado de Prevenção
<b>APA</b>	<i>American Psychiatric Association</i>
<b>APPDA</b>	Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo
<b>ATL</b>	Atividades de Tempos Livres
<b>BPI</b>	Banco Português de Investimento
<b>CARS</b>	<i>Childhood Autism Rating Scale</i>
<b>CHTV</b>	Centro Hospitalar de Torres Vedras
<b>CIF</b>	Classificação Internacional de Funcionalidade – Crianças e jovens
<b>CSCR</b>	Centro Social e Cultural de Ribamar
<b>DIR</b>	Modelo de Desenvolvimento nas Diferenças Individuais e na Relação
<b>DL</b>	Decreto-lei
<b>DSM-5</b>	Manual de Diagnóstico e de Estatísticas das Perturbações Mentais
<b>DTT</b>	<i>Discrete Trial Teaching</i>
<b>EE</b>	Encarregada de Educação
<b>ELI</b>	Equipa Local de Intervenção Precoce (Lourinhã/Cadaval)
<b>ESDM</b>	<i>Early Start Denver Model</i> (Modelo de Denver de Intervenção Precoce)
<b>ET</b>	Educadora Titular
<b>I-A</b>	Investigação-Ação
<b>ICD-10</b>	Classificação Internacional das Doenças - 10
<b>IPSS</b>	Instituição Particular de Solidariedade Social

<b>M-CHAT</b>	<i>Modifiied Checklist for Autism in Toddlers</i>
<b>NEE</b>	Necessidades Educativas Especiais
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PEA</b>	Perturbações do Espectro do Autismo
<b>PECS</b>	<i>Picture Exchange Communication System</i>
<b>PEI</b>	Programa Educativo Individual
<b>PEP-III</b>	<i>Psycho- Educational Profile (3<sup>rd</sup> ed.)</i>
<b>PEP-R</b>	Perfil Psicoeducacional Revisado
<b>PGD</b>	Perturbações Globais do Desenvolvimento
<b>PIIP</b>	Plano Individual de Intervenção Precoce
<b>QI</b>	Quociente de Inteligência
<b>RTP</b>	Relatório Técnico- Pedagógico
<b>SES</b>	Sala de Estimulação Sensorial
<b>SNIPi</b>	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
<b>SNIPi</b>	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
<b>TALC</b>	Teste de Avaliação da Linguagem na criança
<b>TEACCH</b>	Tratamento e Educação de Crianças com Autismo e com Problemas de Comunicação Relacionados
<b>TF</b>	Terapeuta da Fala
<b>TIP</b>	Técnica de Intervenção Precoce
<b>TSEER</b>	Técnico Superior de Educação e Reabilitação
<b>WISC-III</b>	Escala de Inteligência de <i>Weschler</i> para crianças

## **Índice de Quadros**

Quadro 1 -	Classificação Internacional das Doenças CID-10.....	9
Quadro 2 -	Crítérios de Diagnóstico das PEA (DSM-5) .....	11
Quadro 3 -	Cronograma.....	58
Quadro 4 -	Dimensão 1 - Categoria: Conhecimento e experiência sobre PEA por parte dos entrevistados.....	171
Quadro 5 -	Dimensão 2 - Categoria: Comunicação na PEA, relativamente ao sujeito.....	177
Quadro 6 -	Dimensão 3 - Categoria: Interação Social na PEA, relativamente ao sujeito.....	180
Quadro 7 -	Dimensão 4 - Categoria: Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas na PEA, relativamente ao sujeito.....	181
Quadro 8 -	Dimensão 5 - Categoria: Terapia <i>Snoezelen</i> , na perspetiva do entrevistado.....	188
Quadro 9 -	Dimensão 6 - Categoria: Dados de carácter complementar .....	192
Quadro 10 -	Dimensão 1 - Categoria: Descrição do sujeito pelo entrevistado....	192
Quadro 11 -	Dimensão 2 - Categoria: Comunicação na PEA, relativamente ao sujeito.....	194
Quadro 12 -	Dimensão 3 - Categoria: Interação Social na PEA, relativamente ao sujeito.....	196
Quadro 13 -	Dimensão 4 - Categoria: Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas na PEA, relativamente ao sujeito.....	197
Quadro 14 -	Dimensão 5 - Categoria: Terapia <i>Snoezelen</i> na perspetiva do entrevistado.....	200
Quadro 15 -	Dimensão 6 - Categoria: Dados de Carácter Complementar.....	204

## **Índice de Figuras**

Gráfico 1 -	Género dos entrevistados.....	39
Gráfico 2 -	Faixa etária dos entrevistados.....	40
Gráfico 3 -	Habilitações literárias dos entrevistados.....	41
Gráfico 4 -	Experiência profissional dos entrevistados.....	42
Gráfico 5 -	Formação sobre PEA dos entrevistados.....	43
Figura 1 -	Sala de <i>Snoezelen</i> .....	45
Figura 2 -	Sala de <i>Snoezelen</i> , visualização de algum material disponível.....	46
Figura 3 -	Material utilizado nas sessões de <i>Snoezelen</i> (maleta).....	47
Figura 4 -	Diversos materiais disponíveis para as sessões de <i>Snoezelen</i> (maleta).	48

## **Índice de Anexos**

Anexo A - Relatório da Terapeuta da Fala (30 junho 2015).....	97
Anexo B - Relatório da Unidade de Desenvolvimento (1 outubro 2015).....	100
Anexo C - Avaliação do Plano Individual (22 fevereiro 2017).....	102
Anexo D - Programa Educativo Individual - PEI (Ano Letivo 2016/ 2017).....	104
Anexo E - Planta da Sala de <i>Snoezelen</i> .....	113

## **Índice de Apêndices**

Apêndice A -	Pesquisa Documental do Sujeito.....	116
Apêndice B1 -	Guião da Entrevista Semiestruturada à Terapeuta da Fala, antes da intervenção.....	123
Apêndice B2 -	Guião da Entrevista Semiestruturada à Educadora Titular, antes da intervenção.....	129
Apêndice B3 -	Guião da Entrevista Semiestruturada à Técnica de Intervenção Precoce, antes da intervenção.....	135
Apêndice B4 -	Guião da Entrevista Semiestruturada à Encarregada de Educação, antes da intervenção.....	140
Apêndice B5 -	Guião da Entrevista Semiestruturada à Terapeuta da Fala, após a intervenção.....	146
Apêndice B6 -	Guião da Entrevista Semiestruturada à Educadora Titular, após a intervenção.....	151
Apêndice B7 -	Guião da Entrevista Semiestruturada à Técnica de Intervenção Precoce, após a intervenção.....	157
Apêndice B8 -	Guião da Entrevista Semiestruturada à Encarregado de Educação, após a intervenção .....	162
Apêndice C -	Modelo de Pré- testagem.....	168
Apêndice D -	Análise de Conteúdo das Entrevistas Semiestruturadas.....	170
Apêndice E1 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº1.....	205
Apêndice E2 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº2 .....	207
Apêndice E3 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº3.....	209
Apêndice E4 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº4 .....	211
Apêndice E5 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº5.....	213
Apêndice E6 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº6.....	215
Apêndice E7 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº7.....	217
Apêndice E8 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº8.....	219
Apêndice E9 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº9.....	221

Apêndice E10 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº10.....	223
Apêndice E11 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº11.....	225
Apêndice E12 -	Planificação de Sessão de <i>Snoezelen</i> – nº12.....	227
Apêndice F -	Ficha de Registo da Sessão de <i>Snoezelen</i> .....	229
Apêndice G -	Grelha da Análise de Conteúdo das Fichas de Registo das Sessões de <i>Snoezelen</i> .....	231
Apêndice H -	Cruzamento de Dados dos Relatórios da Aluna.....	233
Apêndice I -	Declaração de Consentimento Informado .....	236
Apêndice J -	Carta Explicativa do Estudo.....	238
Apêndice K -	Pedido de Autorização de Registos .....	240
Apêndice L -	Autorização de Saída do Sujeito .....	242
Apêndice M -	Pedido de autorização à Instituição .....	244
Apêndice N -	Pedido de Autorização da Sala de <i>Snoezelen</i> .....	246

## 1. Introdução

O presente trabalho, constitui a dissertação inserida no Mestrado na Área das Ciências da Educação, em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor, ministrada no Instituto Superior de Ciências Educativas, Odivelas.

O tema principal deste estudo foca-se na Perturbação do Espectro do Autismo e na Terapia *Snoezelen*, por considerarmos que ambos são temas atuais e com muito por descobrir. Surge assim, o interesse em dar ênfase à utilização da Terapia *Snoezelen*, enquanto terapia pouco divulgada na educação, essencialmente para crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. Pretendemos também a divulgação e crescimento de conhecimentos na prática profissional em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, utilizando a Terapia *Snoezelen* como uma ferramenta essencial no seu bem-estar e desenvolvimento nas competências nas áreas de Comunicação, Interação Social e no comportamento.

O trabalho encontra-se dividido em seis partes, iniciando com a **Introdução**, em que apresentamos o desenvolvimento do problema em estudo, justificando a pertinência.

Na segunda parte, **Enquadramento Teórico**, integra alguns pressupostos teóricos relativos à Perturbação do Espectro do Autismo e à Terapia *Snoezelen* - Estimulação Multissensorial, considerados como a base deste estudo. Como destaque na PEA, apresentamos a definição e características da mesma, essencialmente nas áreas da Comunicação, interação social e do comportamento e interesses repetitivos. Apresentamos os diagnósticos e a etiologia da PEA, para além de referirmos diversos modelos de Intervenção Educativa. Quanto à Estimulação Multissensorial - *Snoezelen*, referimos a sua definição e conceito, os princípios e objetivos, o ambiente *Snoezelen*, as vantagens e desvantagens desta terapia, a metodologia e também o *Snoezelen* e a Perturbação do Espectro do Autismo.

Na terceira parte, **Metodologia de Investigação**, são abordados os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa. O problema por nós equacionado centra-se nos comportamentos exibidos pela PEA. Verificamos se os mesmos comportamentos apresentam alteração com a aplicação da Terapia *Snoezelen*. Da problemática apresentada, surge a pergunta de partida: Será que a Terapia *Snoezelen* - Estimulação Multissensorial – pode contribuir para minimizar os problemas de comportamento de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo?



Desta forma, são definidos os objetivos de investigação, na qual o objetivo principal do estudo é verificarmos se a aplicação da Terapia de *Snoezelen* - Estimulação Multissensorial - beneficia crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, relativamente aos comportamentos exibidos. Na sequência do objetivo geral, são constituídos os seguintes objetivos específicos:

- Verificar se existem alterações na comunicação em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, finalizadas as sessões Terapia *Snoezelen*;
- Compreender se existem alterações nas disfunções sociais em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, finalizadas as sessões Terapia *Snoezelen*;
- Averiguar se existem alterações no jogo imaginativo, interesses, atividades restritas e repetitivas em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, finalizadas as sessões Terapia *Snoezelen*.

Descrevemos o tipo de metodologia e sua justificação, e defendemos que o método mais adequado para esta investigação é de natureza qualitativa e exploratória, baseado num estudo de caso no âmbito da investigação-ação. O estudo foca-se somente numa criança com Perturbação do Espectro do Autismo, que frequenta a Resposta Social de Pré-escolar, numa Instituição Particular de Solidariedade Social, no concelho da Lourinhã. Também é apresentada a caracterização do sujeito, como também o meio onde se desenrola o trabalho de campo.

Procedemos à apresentação das técnicas para recolha de dados utilizadas no estudo, nomeadamente através da pesquisa documental, as entrevistas semiestruturadas e observação. Referimos também as técnicas para tratamento e análise de dados, onde elaborámos uma apresentação descritiva dos mesmos. Nos procedimentos descrevemos as várias fases que decorrem ao longo da investigação, assim como a apresentação das doze planificações das sessões de *Snoezelen*.

Na quarta e na quinta parte do trabalho, **Apresentação e Discussão dos Resultados**, pretendemos sumarizar os resultados, avaliando-os e interpretando-os à luz da literatura. Acentuamos as consequências teóricas dos resultados e a validade das conclusões.

Na sexta parte, a **Conclusão**, apresentamos os dados conclusivos, as limitações sentidas pelo investigador no percurso do trabalho e sugestões para possíveis investigações. Após a conclusão, são apresentadas as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

## **2. Enquadramento Teórico**

### **2.1. Perturbação do Espectro do Autismo**

Segundo Santos e Santos (2012) o Autismo foi diagnosticado pela primeira vez em 1943, por Kanner. No seu trabalho "Autistic Disturbances of Affective Contact", Kanner identificou um grupo de onze crianças com alterações comportamentais, destacando o seu isolamento social. Outras características foram apontadas por Kanner, tais como a incapacidade de relacionamento com os outros, falha na utilização da linguagem como meio de comunicação, obsessão em manter as coisas da mesma forma e ansiedade.

Lima (2012) afirma que em 1944, Hans Asperger publicou um estudo que viria a assumir um importante papel na definição e caracterização da perturbação do autismo. Definiu uma síndrome mais ligeira, na qual denominou de Asperger syndrome, na qual eram observados comportamentos semelhantes.

Na década de setenta, foi criado por Lorna Wing e Judith Gould a expressão "Espectro do autismo". Hewitt (2010) e Lima (2012) apresentam um estudo epidemiológico elaborado por Wing e Gould, e verificou que todas as crianças com diagnóstico de autismo apresentavam défices específicos simultaneamente em três áreas específicas: comunicação e linguagem, competências sociais, e flexibilidade de pensamento ou de imaginação, o que deu a designação de "Tríade de Lorna Wing".

#### **2.1.1. Definição e características.**

Para Bautista (1997) a definição de autismo não é fácil, na qual foram surgindo diversas revisões do termo, tendo como base inúmeras investigações. Segundo Wall (2010), apenas uma definição é considerada algo quase impossível. Desta forma, apresentamos algumas definições de alguns autores.

Segundo *American Psychiatric Association* [APA] (2014) - O manual de Diagnóstico e de Estatísticas das Perturbações Mentais, DSM-5, a Perturbação do Espectro do Autismo é caracterizada por défices nas áreas da comunicação social e interação social, bem como comportamentos, interesses e atividades restritas e repetitivas.

O Autismo é caracterizado por Correia (1999) como um problema neurológico que afeta o pensamento, a perceção e a atenção, e manifesta-se a partir dos primeiros anos de vida, expressa numa perturbação comportamental. O mesmo autor defende que esta desordem também poderá ter uma relação a outras problemáticas, como por exemplo a

epilepsia, a deficiência visual e a deficiência auditiva. São escassos os sinais presentes de problemas associados com a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) desde o nascimento e ao longo dos primeiros meses de vida, o que revela consequentemente a criança seja perfeitamente normal.

Correia (2014) defende que num indivíduo com PEA, algumas das suas características são evidentes, ou seja, nem todas podem estar presentes num indivíduo com PEA. De acordo com Correia (2014), “os sintomas podem variar conforme o avanço da idade e podem adotar diversas combinações, pela estimulação e pela intervenção terapêutica e educacional os sintomas podem alterar-se, sem que isto signifique a cura da doença” (p. 38).

Para Jordan (2000), as Perturbações do Espectro do Autismo constam numa perturbação severa do neuro-desenvolvimento, que se expressa através de dificuldades muito específicas da comunicação e da interação, associadas a dificuldades em utilizar a imaginação, em aceitar alterações de rotinas e à manifestação de comportamentos estereotipados e restritos. Estas perturbações implicam um défice na flexibilidade de pensamento e uma especificidade no modo de aprender que comprometem especificamente o contacto e a comunicação da pessoa com o meio.

Segundo Pereira (1998, citado por Veloso, 2014),

a Perturbação do Espectro do Autismo é uma perturbação Global do Desenvolvimento que se caracteriza através das diversas expressões de três grupos de comportamentos relacionados com as seguintes áreas, as disfunções sociais, as perturbações na comunicação, as perturbações no jogo imaginativo, interesses e atividades restritas e repetitivas (p.16).

Para Siegel (2008), atualmente o autismo é classificado por Perturbação do Espectro do Autismo, pelas diversas formas que assume em cada sujeito, sendo aceite como uma Perturbação Global do Desenvolvimento (PGD), que afeta determinados aspetos na forma como a criança adquire os conhecimentos e como vê o mundo.

De acordo com Kutscher (2011), “outros critérios aceites incluem aparecimento precoce (antes dos três anos de idade) de problemas em, pelo menos, uma das áreas seguintes: brincadeiras faz-de-conta/imaginárias, interações sociais ou a utilização pragmática da linguagem” (p.79).

É de realçar que, as preocupações geralmente são baseadas na existência ou não da fala, mas é fundamental destacar outras questões pertinentes ao nível da comunicação não-verbal, ou seja, antes mesmo da aquisição da fala.

Lima (2012) refere que, antes da fala, existem aquisições importantes relacionadas com a comunicação pré-verbal, referindo-se às ausências de: contato visual, de expressões de prazer que acompanham o olhar, reciprocidade de diálogo entre vocalizações da criança e a verbalização dos pais (que ocorre por volta dos seis meses), reconhecimento da voz dos pais, resposta ao seu nome e a resposta a expressões dos pais. Também se assinala um atraso na aquisição do balbucio (ocorre aos nove meses) e a diminuição/ausência de gestos não-verbais (apontar, dizer adeus).

De acordo com Braga (2010), de uma forma global, estas áreas afetadas proporcionam na prática dificuldades significativas nas aprendizagens. Entre outras, é de realçar: Inexistência de motivação; Dificuldade na compreensão de sequências e de consequências; Défice cognitivo específico; dificuldade na concentração e atenção; Escassez de persistência nas tarefas; Alterações na discriminação/processamento auditivo e na compreensão de instruções dadas oralmente; Dificuldade em aceitar mudanças e na compreensão das regras instintivas da interação social; Variações de sensibilidade à dor, a sons, a luzes ou ao tato; Grande redução da capacidade imaginativa e de fantasiar; Interesses muito específicos; Alterações de sono, vigília ou particularidades do padrão alimentar.

#### **2.1.1.1. Perturbação na comunicação.**

Dawson e Rogers (2014) consideram que “a comunicação verbal é composta pela linguagem expressiva e pela linguagem recetiva. Compreender a linguagem é parte integrante para podermos usá-la, e, por isso, esperamos que a linguagem recetiva e expressiva se desenvolvam simultaneamente” (p.189).

Como referimos anteriormente, uma das dificuldades de indivíduos com PEA é a comunicação com o mundo exterior. Happé (1994) defende que, seja através da linguagem verbal ou da linguagem Não-verbal, é essencial não esquecer de referir a linguagem corporal.

Jordan (2000) afirma que os problemas de comunicação surgem precocemente em situações simples, como por exemplo, as dificuldades sentidas em apontar com o dedo para um objeto ou partilhar interesses com os outros. Não se verifica qualquer iniciativa na interação social, que se pode indicar um tipo de linguagem não produtiva.

Quanto à Comunicação verbal, Siegel (2008) considera que a estimativa é cerca de 50% das pessoas com PEA que jamais conseguem desenvolver uma linguagem eficaz, mesmo havendo a linguagem verbal.

Lima (2012) defende que, devido ao défice qualitativo na comunicação em indivíduos com PEA, verifica-se alguma característica, tais como, o atraso ou total ausência de desenvolvimento da linguagem oral; a incapacidade em manter conversação com os outros; o uso repetitivo ou estereotipado da linguagem ou linguagem idiossincrática; a ausência social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento. Para Lima (2012), o principal motivo de referência ou queixa por parte dos pais é devido ao atraso da linguagem do seu filho, quando verificada por volta dos 18 meses. Caso estes também não transmitam interesse e intenção em comunicar, ou mesmo utilizar outros meios de comunicação não-verbais, é outro motivo de suspeita que aponta para a PEA.

Na perspectiva de Mello (2007) e Lima (2012), em determinados casos quando a linguagem é reduzida, o vocabulário é restrito, as frases são adquiridas, utilizadas repetidamente e sem contexto. A ecolalia é frequente, assim como uma linguagem idiossincrática, sem função comunicativa. Em situações de crianças com uma linguagem moderada, o conteúdo é modificado e desadequado ao contexto, ou rico em pormenores, por vezes exaustivo. Em crianças com PEA, a fala apresenta algumas particularidades, tais como a entoação, o volume, o ritmo, a acentuação e a velocidade.

Sabemos que antes de uma criança iniciar a fala, é utilizada a comunicação não-verbal. Lima (2012) refere outras aquisições imprescindíveis relacionadas com a comunicação pré-verbal numa criança com PEA, como as ausências de: contato visual; expressões de prazer; diálogo recíproco entre mãe-filho; reconhecimento da voz dos progenitores; resposta ao nome; gestos pré-verbais (dizer adeus, mostrar, apontar); resposta a expressões dos pais.

Na opinião de Jordan (2000), é emergente a criação de quaisquer canais de Comunicação, dirigido à criança e para quem a rodeia, para surgir a possibilidade de interação social, proporcionando os aspetos da tríade de Wing. Pretende-se evitar incompreensões, que possivelmente podem proporcionar danos físicos graves, quando surgem a autos e hétero agressividade.

Bautista (1997) acredita que há resultados positivos quando crianças sem linguagem verbal utilizam os métodos alternativos de comunicação, sendo este considerado como um instrumento para incentivar a iniciação da fala, e não entendido como obstáculo. Para Bautista (1997) e Lima (2012), outro aspeto referido como dificuldade em crianças com PEA é a linguagem simbólica. Quando o jogo simbólico apresenta um desenvolvimento, geralmente é evidenciado de forma muito simples, pobre em criatividade. Lima (2012) refere que a preferência é especialmente brinquedos de causa-efeito, com sons, puzzles,

encaixes e objetos informatizados, que poderão proporcionar isolamento na criança devido à dificuldade de partilhar com pares.

### **2.1.1.2. *Perturbação interação social.***

Jordan (2000) relata que, nos estudos de Kanner e Asperger, ambos demonstraram-se impressionados com a restrição na capacidade de interagir na área social revelada por estes indivíduos. No entanto, em determinados casos não era possível a interação, em contrapartida, em outros indivíduos, a interação é visível, mas não era recíproca ou compreendida na totalidade.

O mesmo autor refere que é de fácil perceção os problemas demonstrados pelos autistas, devido aos seus comportamentos. Para estes indivíduos, o obstáculo principal é a dificuldade sentida em processar a informação social, o seu funcionamento é demorado e não conseguem efetuar duas ações em simultâneo. Não é fácil ensinar a esta população atividades de carácter funcional, devido às possíveis implicações de mudanças constantes, adaptações e grande flexibilidade cognitiva para as adaptar aos diversos contextos.

Cavaco (2009) diz que qualquer indivíduo portador de PEA carece de regras, previsibilidade e estrutura, como também é precisam de abordagens estruturadas, para facilitar a aquisição de aprendizagens e os auxilie nas adaptações ao meio.

Lima (2012) afirma que a criança com PEA tem dificuldade em ampliar a atenção na devida etapas da sua aquisição, mais precisamente na resposta ao sorriso dos pais, não acompanha o olhar dos pais nem olha na mesma direção. Salienta também que as crianças não apontam nem pretendem partilhar, o que lhe interessa verdadeiramente é o objeto em si. Esta é a razão pela qual, as crianças com PEA utilizam como estratégia levar o adulto pela mão até ao local (ou perto) ou próximo do objeto que pretende.

Nielsen (1999) explica que, quando a criança não responde ou reage pelo nome, relaciona-se pelo desinteresse em interagir com o outro, não deve ser confundido com possíveis problemas auditivos. Nesta perspetiva, esta lacuna proporciona a amizades restritas ou não ter amigo próximo.

Os autores Lima (2012) e Mello (2007) destacam que, nas crianças com PEA, é assinalada a dificuldade na compreensão perante a perspetiva do outro, a chamada “Teoria da Mente”, que se caracteriza pela dificuldade de se colocar e de prever os comportamentos do outro, pela incapacidade de compreender as crenças, intenções e

sentimentos. Mello (2007) assinala uma característica das crianças com PEA que aparentam ser muito afetivas, quando têm necessidade da aproximação e contato físico. Na verdade, esta postura demonstra seguir um padrão repetitivo e não pretende qualquer tipo de troca, é uma postura adotada indiferentemente, sem diferenciar os indivíduos, lugares ou momentos.

#### ***2.1.1.3. Perturbação do comportamento e interesses repetitivos.***

O manual de Diagnóstico e de Estatísticas das Perturbações Mentais [DSM-5] (2014), especifica a gravidade da PEA com base nos défices da comunicação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos. Para Mello (2007), estes manifestam-se através de determinadas características, como a dependência de rotinas e resistência à mudança, comportamentos compulsivos e ritualísticos, compreensão literal da linguagem e dificuldades em processos criativos.

Rutter (1987, citado por Bautista, 1997) indica vários tipos de comportamento: interesses muito restritos e estereotipados (brincadeiras inadequadas), vinculação e preferência a determinados objetos, rituais compulsivos (se surgir quebra na rotina, poderá provocar ansiedade na criança), maneirismos motores estereotipados e repetitivos, preocupação fixa numa parte de determinado objeto e a ansiedade diante de mudanças de ambiente.

Kutscher (2011) é de acordo que as pessoas portadoras de PEA têm um fascínio muito elevado por determinados objetos, ou poderá demonstrar determinada fixação em partes desse objeto. Geralmente a criança executa rituais e é inflexível, para além de movimentos corporais repetitivos. Lifter (2009, citado por Bosa & Marques, 2015) defende que, as brincadeiras simbólicas são limitadas e pouco diversificadas, particularmente as que envolvem a exploração de um objeto.

Segundo Siegel (2008), entre os três e os quatro anos de idade, é vulgar que as crianças com PEA apresentem um quociente de inteligência acima ou dentro da média, como também as obsessões a determinados assuntos, temas ou objetos. Devido às suas obsessões, Lima (2012) afirma que, por vezes algumas crianças sentem necessidade de formar coleções de objetos, alinhando-os sempre da mesma forma repetidamente. Outras crianças revelam interesse em ser acompanhadas por peças/objetos nos bolsos ou nas mãos (Por exemplo tampas, peças soltas, rodas, entre outras). São considerados comportamentos disfuncionais, devido ao uso incorreto e desadequado do objeto, é visto como um obstáculo para a criança participar em brincadeiras e novos conhecimentos.



Para Lima (2012), considerando que as crianças com PEA têm necessidade em manter rotinas, quando existem mudanças ou são incentivadas a transitar de atividades, é visível reações negativas através de birras, comportamentos hétero agressivos (morder, dar pontapés, arranhar) e autoagressivos (bater com a cabeça, morder). Se houver preparação antecipada, as reações tendem a melhorar. O mesmo autor realça que a necessidade de rotina não é somente com objetos ou tarefas, as mudanças de contexto são outro exemplo de rotinas. Todo este decurso provoca situações elevadas de ansiedade que proporcionam a criança a descompensar, porém, volta a acalmar quando a situação volta à rotina frequente. Exemplos muito normais são o caso de crianças com PEA que evitam participar em situações quotidianas: festas, visitas de estudo, passeios escolares, férias e idas ao médico. As alterações devem ser trabalhadas com a criança, para que esta consiga ultrapassar a sensação de *stress*.

#### **2.1.1.4. Diagnóstico.**

Na opinião de vários autores (Pereira, 1998; Marques, 2000; Cavaco, 2009), é indispensável o diagnóstico, valorizando o que podemos alcançar para benefício dos indivíduos. Classificamos o autismo através do Sistema de Classificação da Organização Mundial de Saúde [OMS] - Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionados à Saúde [CID-10] (1994) e da *American Psychiatric Association* [APA] (2014) - O manual de Diagnóstico e de Estatísticas das Perturbações Mentais, DSM-5.

Segundo a CID-10 (Quadro 1), os critérios de diagnóstico são organizados da seguinte forma:

*Quadro 1 - Classificação Internacional das Doenças (CID-10)*

<b>A - Anomalias qualitativas na interação social recíproca, manifestadas em pelo menos dois dos quatro sintomas seguintes:</b>
1. Incapacidade de olhar adequadamente o olhar, a expressão facial, gestual e os movimentos corporais nas interações sociais;
2. Incapacidade de estabelecer relações com os pares que impliquem uma partilha mútua de interesses, de atividades e emoções;
3. Procura raramente os outros em busca de conforto e afeto em caso de ansiedade, desconforto ou sofrimento;
4. Inexistência de procura espontânea para partilha de alegrias, interesses ou de



<p>sucesso com os outros;</p> <p>5. Ausência de reciprocidade social, e emocional, que se manifesta por respostas perturbadas ou anormais às emoções dos outros ou ausência de modulação do comportamento em função do contexto social.</p>
<b>B - Problemas qualitativos de comunicação, manifestada em pelo menos um dos sintomas seguintes:</b>
<p>1. Atraso ou ausência total do desenvolvimento da linguagem falada, não acompanhada por uma tentativa de compensação por formas de comunicação alternativa, como a gestual ou mímica;</p> <p>2. Ausência do jogo espontâneo de faz de conta ou do jogo social imitativo;</p> <p>3. Incapacidade de iniciar ou manter uma conversa;</p> <p>4. Utilização estereotipada e repetitiva da linguagem, utilização idiossincrática das palavras e das frases.</p>
<b>C - Comportamento, interesses e atividades restritas, repetitivas e estereotipadas, manifestação de pelo menos um dos quatro sintomas seguintes:</b>
<p>1. Ocupação obsessiva por um ou vários centros de interesse estereotipados e limitados;</p> <p>2. Adesão aparentemente compulsiva de hábitos e rituais específicos e não funcionais;</p> <p>3. Atividades motoras estereotipadas e repetitivas;</p> <p>4. Preocupação persistente e não funcional com partes de objetos, elementos ou peças de um jogo;</p>

Fonte: Adaptado de CID-10 (1994) por Pereira, 2006, p.41)

São pouco significativas as diferenças entre ambos os manuais referidos anteriormente, porém, é com maior frequência que os técnicos utilizam o manual DSM-5 (2014). O ponto visível em comum entre os dois sistemas acima referidos é a existência de um Espectro da condição Autista que compreende numa perturbação de desenvolvimento, na qual tem como base o diagnóstico a tríade de perturbações nomeadas por Lorna Wing. Esta perturbação é assinalada por uma tríade de dificuldades: na comunicação verbal e não-verbal, na interação social recíproca e também interesses restritos, comportamentos repetitivos, estereotipias e reatividade sensorial invulgar.

De acordo com o DSM-5 (2014), os indivíduos com perturbação autista, Perturbação de Asperger ou Perturbação Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação devem adquirir o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, que é dividida nos níveis de

gravidade (Níveis 1,2 e 3). Segundo o DSM-5 (2014), é necessário pelo menos o registo de um item do ponto A, enquanto no B e do C tem que haver no mínimo dois itens, como se verifica no quadro 2.

*Quadro 2 - Critérios de diagnóstico das PEA (DSM – 5)*

<b>A - Défices persistentes na comunicação e interação social em diversos contextos:</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Défice na reciprocidade socio-emocional;</li><li>2. Défice nos comportamentos de comunicação não-verbal utilizados para a interação social;</li><li>3. Défice em desenvolver, manter e compreender relacionamentos;</li></ol>
<b>B - Padrões restritos e repetitivos de comportamento, manifestados por, pelo menos, dois dos seguintes:</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Movimentos motores, uso de objetos ou discurso estereotipado ou repetitivo;</li><li>2. Resistência à mudança, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não-verbal;</li><li>3. Interesses altamente restritos, com intensidade ou foco anormal;</li><li>4. Hiper ou hiporeatividade a estímulos sensoriais ou interesse invulgar em aspetos sensoriais do ambiente;</li></ol>
<b>C - Os sintomas devem estar presentes no início do desenvolvimento da criança.</b>
<b>D - Os sintomas causam em prejuízo clinicamente significativo a nível social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento atual.</b>
<b>E – Estas perturbações não são melhor explicadas por incapacidade intelectual e a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento.</b>

*Fonte: DSM-5 (2014, p.57/58)*

Segundo Marques (2000), a criança com PEA, manifesta comprometimentos nas diversas áreas do desenvolvimento, e nesta perspetiva, a avaliação deve ser elaborada por uma equipa multidisciplinar.

Para Lima (2012), “é importante deixar espaços para a avaliação da evolução; no entanto, crianças sinalizadas aos 18 meses com sinais de Autismo devem ser acompanhadas. É importante recolher informações de várias fontes e não apenas do teste formal” (p.7). Desta forma, para além do diagnóstico formal estar estabelecido ou não, a intervenção deve ser iniciada o mais rapidamente possível.

Lima (2012) realça a importância das pessoas mais próximas da criança estejam atentas aos primeiros sinais de alerta da presença da PEA. Depois do diagnóstico efetuado, é indispensável fazer uma avaliação das competências da criança, ou seja, determinar o nível de funcionalidade da criança. As áreas avaliadas são a socialização, linguagem, cognição, autonomia, motricidade, entre outras. O mesmo autor refere que os testes nos quais considera mais relevantes para o rastreio, diagnóstico e avaliação de funcionalidade da criança com PEA são representados de forma sucinta:

- Testes de rastreio: *Modifield Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT);
- Testes de diagnóstico: *Childhood Autism Rating Scale* (CARS); *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADIR);
- Testes de avaliação de competências - *Psycho-Educational Profile* (3rd ed.) (PEP-III); *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS); Escala de Desenvolvimento de Griffiths; Escala de Inteligência de Weschler para crianças (WISC-III); *Vineland Adaptive Behavior Scales* (Vineland); Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC).

### **2.1.2. Diagnóstico diferencial.**

Conforme Lima (2012), a PEA encontra-se articulada a várias patologias que complicam os sintomas. De acordo com o DSM-5 (2014), o diagnóstico diferencial determina negativamente o nível de funcionamento das crianças.

Neste tipo de diagnóstico diferencial encontram-se as seguintes patologias: Défice cognitivo; Síndrome de X-Frágil; Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA); Perturbação do sono e Perturbação Alimentar. O autismo está associado ao défice cognitivo, o que leva a uma perturbação da aprendizagem e da socialização. Esta junção entre o PEA e Défice Cognitivo é muito distinta, existindo uma grande variação a nível cognitivo entre os sujeitos.

### **2.1.3. Etiologia.**

Para Pereira (2000, citado por Simões, 2011), as PEA são disfunções graves e precoces do neuro-desenvolvimento que permanecem ao longo da vida, e pode coexistir com outras patologias. Apesar da multiplicidade de estudos já existentes, as causas que provocam as PEA ainda permanecem desconhecidas.

Muitos podem ser os fatores que contribuem para a PEA, tais como os fatores genéticos, pré e pós-natais, que promovem grande diversidade na expressão comportamental, caracterizada por uma tríade clínica de perturbações que envolvem as áreas da comunicação, comportamento e interação social.

Na opinião de Marques (2000) as teorias comportamentais pretendem explicar os sintomas característicos do autismo com base em mecanismos cognitivos e psicológicos, e em contrapartida, existem as teorias fisiológicas e neurológicas que pretendem dar a informação com base neurológica. Para Marques (2000), as referidas teorias não são consensuais, mas são consideradas como um contributo relevante para atingir maior conhecimento acerca dos agentes que podem estar na origem da PEA, o que proporciona um reconhecimento mais funcional da explicação etiológica.

Segue-se a apresentação de algumas teorias e estudos que têm sido desenvolvidos na procura das etiologias do autismo.

#### **2.1.3.1. Teorias biológicas.**

Segundo Filipe (2012), através de pesquisas desde décadas, autores afirmam que a PEA é resultado de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, provocadas por diversos fatores, na qual comprometem a linguagem, a capacidade em estabelecer relações e também o desenvolvimento cognitivo e intelectual.

Para Ornitz (1983), a descrição clínica dos sintomas comportamentais da PEA assinala que pode haver áreas cerebrais afetadas, e através dos relatórios disponíveis, constata-se a associação do autismo com várias perturbações biológicas (inclui paralisia cerebral, rubéola pré-natal, toxoplasmose, infeções por citomegalovírus, encefalopatia, esclerose tuberculosa, meningite, hemorragia cerebral, fenilcetonúria e vários tipos de epilepsia).

Ainda é defendido pela Associação para a Inclusão e Apoio ao Autista [AIA] (s/d), “não existem evidências de que o período crítico para o desenvolvimento de PEA ocorre antes do nascimento. Contudo, preocupações acerca das vacinas e infeções levaram os investigadores a considerar que existem fatores de risco antes e depois do nascimento”. Também salienta que determinadas medicações tomadas ao longo da gravidez estão ligadas a um elevado risco de PEA, como por exemplo a talidomida e o ácido valpróico.

### **2.1.3.2. Teorias psicogenéticas.**

Nos anos cinquenta, autores apontavam que as causas possíveis do autismo seriam devido a diversas problemáticas, a traumas. Marques (2000) defende que as crianças autistas eram normais aquando do nascimento, mas tornavam-se autistas.

Conforme Lima (2012), numa primeira fase, o autismo era encarado como uma perturbação a nível emocional e afetiva, que resultava da interação mãe-bebé, na qual deram o conceito de “mãe frigorífico”. Nesta fase, acreditava-se que a criança se isolava devido à frieza dos pais, em especial da mãe. Esta teoria manteve-se até aos anos 60, o que levou a complicações no seio familiar e a presença da culpa materna. Hoje está provado que não são teorias verdadeiras.

Poucos são os autores que atualmente defendem as teorias psicogenéticas, pois não há bases que as sustente (Bautista,1997). A Perturbação do Espectro do Autismo surge em qualquer seio familiar, seja tradicionalmente organizada ou não, como também pode surgir em todas as classes sociais.

### **2.1.3.3. Teorias Psicológicas.**

Segundo Lima (2012), as crianças com PEA apresentam limitações, que se relacionam com a dificuldade na compreensão, perante a perspetiva do outro. Desta forma, estas crianças não conseguem adquirir a uma capacidade de conseguirem compreender que cada um de nós tem uma mente, pensamentos e sentimentos independentes dos nossos. Para Lima (2012) e Pereira (1998), esta teoria é designada como “Teoria da Mente”, e é a razão pela qual as crianças com PEA têm dificuldade na partilha, empatia e em confortar.

A teoria da Kutscher (2011) defende que não há qualquer interesse em comunicar, caso não haja uma teoria da mente. A capacidade de identificar o outro é limitada. Todo este processo leva a incapacidade de compreender a mente do outro, o que dificulta a criança demonstrar empatia pelo que o outro sujeito sente. Kutscher (2011) explica que “Os problemas de teoria da mente estão subjacentes a muitas dificuldades observadas nas perturbações do espectro do autismo” (p.74).

Muitos são as dificuldades sentidas pelas crianças quando não compreendem o que se passa à sua volta, principalmente quando a linguagem pragmática é complexa, podem surgir outros problemas.

Conforme Kutscher (2011), a criança com PEA geralmente transmite determinadas dificuldades ou sentimentos, tais como, estar ansiosa, pois não sabe o que deverá fazer

ou receio em cometer uma gafe; inflexibilidade a rotinas, interesse fulcral nas rotinas; desatenta, devido à dificuldade em estar atento a algo que não se compreende; mal-educadas, porque as regras de conversação não foram adquiridas; maior interesse em objetos do que em pessoas; expressão invulgar; não ser bem recebida socialmente.

#### **2.1.4. Incidência e prevalência.**

Nas diversas pesquisas na investigação epidemiológica, são várias as definições de autismo, na qual os resultados variam consoante os critérios.

Marques (2000) apresenta uma estimativa que, cerca de cinco em cada 10.000 crianças têm diagnóstico de distúrbio autista, enquanto cerca de 21 em cada 10.000 crianças apresentam Perturbações do Espectro do Autismo. Através de estudos de Oliveira (2009), a prevalência de PEA em crianças em idades escolar em Portugal é cerca de 1:1000. Os estudos recentes divulgados por Elsabbagh et al. (2012, citado por Bosa, Backes & Zanon, 2014) referem que a estimativa de prevalência de PEA é de 62/10.000.

Lima (2012) justifica que

O aumento da prevalência tem estado relacionado com vários fatores: um aumento da consciência dos pais para a existência da patologia, uma melhor definição dos critérios de diagnóstico que agora são mais abrangentes e incluem patologias (...), um conhecimento mais alargado de todos os técnicos que intervêm com a criança (educadores, médicos, pediatras, etc.) acerca da patologia; criação de mais instrumentos de rastreio e diagnóstico. Todos estes fatores têm contribuído para uma mais rápida sinalização e melhor diagnóstico das crianças (p.16).

A taxa de incidência apresentada é de três a quatro rapazes para uma rapariga, segundo Bautista (1997), registando-se também em quatro ou cinco pessoas, por cada 10.000 habitantes. Para Fombonne (2009, citado por Bossa et al., 2014), estudos recentes referem que a incidência de PEA é quatro vezes maior em meninos do que em meninas. Wall (2010) verifica que mundialmente o número de casos de crianças com diagnóstico de autismo, o que reflete pela maior consciência para esta perturbação, por parte dos profissionais e da sociedade em geral. Esta perturbação incide identicamente em famílias de diferentes raças, classes sociais ou crenças.

### **2.1.5. Modelos de intervenção educativa.**

Dawson e Rogers (2014) certificaram uma vastidão de conhecimentos, através da forma como os bebés e as crianças adquirem aprendizagens.

Dado que os sintomas das perturbações do espectro do autismo aparecem frequentemente antes do primeiro aniversário, este novo conhecimento altera a nossa perceção sobre a melhor forma de intervenção nos bebés e crianças que estejam em risco de desenvolver autismo (p.1).

Toda esta capacidade de rápida aprendizagem das crianças na primeira infância demonstra que esta fase é um período de grande plasticidade e mudança. Para diversos autores, a educação é encarada como a principal área de tratamento e intervenção no autismo, sobretudo nas áreas em que demonstra maior dificuldade. Segundo Riviere (1989, citado por Bautista, 1997), “Através da educação, a criança autista sai de um mundo essencialmente alheio ao nosso próprio mundo” (p.255).

A intervenção educativa deve prever a interferência nas áreas de maior necessidade da criança com PEA, investir no seu desenvolvimento global, como também na sua adaptação à vida social, seguindo regras particulares de contexto e rotinas. É então crucial que seja elaborada uma avaliação pormenorizada da mesma, na qual seja incluído alguns aspetos: o nível de desenvolvimento funcional da criança, o seu padrão de dificuldades e as suas limitações, bem como a descrição do problema que mais preocupa os pais.

Como ponto de partida para a intervenção, Braga (2010) defende que o diagnóstico e a avaliação psicoeducativa são cruciais no processo de desenvolvimento da criança com autismo e no seu prognóstico. Nesta fase, todos os intervenientes têm um papel fundamental e uma responsabilidade.

Paredes (2012) admite que através de uma boa organização da terapia, é possível encontrar a resposta às necessidades da pessoa com PEA. Nos modelos de intervenção, incidem três níveis de intervenção: a assistencial, educacional e psicológica.

Segundo Pereira (1998), a higiene, saúde e o bem-estar são os pontos essenciais na intervenção assistencial. Perante uma intervenção educacional, é proposto alterar comportamentos, como também no contexto relacional escola/família/sociedade. Na perspetiva da intervenção psicológica, “esta propende atingir os fatores não claramente visíveis, contudo, fomentam e estabelecem um crescimento e organização estrutural biopsicoemocional estável e regula no ser humano” (p.41).

Lima (2012), destaca as linhas de orientação a considerar em todo o procedimento de intervenção, para além das diferentes técnicas:

- A partir de uma suspeita de diagnóstico, os técnicos não devem esperar pelo diagnóstico formal, mas sim iniciar precocemente a intervenção adequada;
- Traçar um programa/plano com descrição específica para trabalhar os objetivos identificados, com terapia intensiva (mínimo de 25 horas semanais e 12 meses);
- Redução de número de alunos por professor, para proporcionar tempo de trabalho individualizado e em pequeno grupo; através de treino parental, envolver a família no contexto educativo;
- Promover oportunidades de interação com pares com um desenvolvimento dito normal; considerar os objetivos estabelecidos e reavaliar/reajustar o programa;
- Para evitar as distrações, estruturar uma rotina revisível, horários visuais de trabalho e limites físicos; desenvolver estratégias para a aplicação dos conhecimentos adquiridos a outros contextos/situações;
- Elaborar de um programa de intervenção, que explore as áreas de comunicação funcional e espontânea, competências sociais e funcionais, que despertem a criança para maior autonomia, responsabilidade, diminuição dos comportamentos disruptivos, recorrendo à avaliação comportamental;
- Estimular a área da cognição e competências académicas no programa, como a leitura e o cálculo.

De acordo com Lima (2012), são as áreas de cognição, socialização, comunicação, comportamento, autonomia, jogo e competências académicas, que requer maior atenção e estimulação no processo de intervenção. Apresentamos alguns modelos de apoio à intervenção junto de crianças com PEA.

#### **2.1.5.1. Modelo DIR - Floortime.**

O modelo baseado no Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais e na Relação (DIR) é uma forma de intervenção, desenvolvido e dirigido por Stanley Greenspan e Serena Wieder, e surgiu nos Estados Unidos da América. Lima (2012) confirma que o modelo DIR é de intervenção global e intensiva, e congrega a abordagem *Floortime* com a participação familiar, os diversos técnicos de várias especialidades e a articulação e inclusão nas estruturas educacionais.



Diz Lima (2012) que o Modelo DIR assenta em sessões de chão (*Floortime*), promovendo atividades de jogo, que promove a relação e as interações sociais e emocionais. *Floortime* é uma abordagem que busca estabelecer uma relação afetiva com a criança, onde o adulto a deve ajudar a envolver-se, assim como, a compreender as suas emoções. É um modelo de intervenção educativa intenso, é um modo de intervenção interativa não dirigida, e os seus princípios são muito específicos, entre os quais: proporcionar comunicação recíproca; seguir os interesses da criança; incentivar a interação da criança com o outro; enriquecer as experiências interativas através do jogo, entre outros. No entanto, o referido autor critica este modelo, devido à escassez de estudos que possam comprovar os seus efeitos terapêuticos. Também realça que a estimulação de aprendizagens cognitivas e académicas não é valorizada neste modelo, o que não é considerado benéfico para um desenvolvimento de crianças com PEA.

#### **2.1.5.2. Modelo de Análise Comportamental Aplicada (ABA).**

Diz Barbosa (2014) que o modelo *Applied Behavioral Analysis* (Análise Comportamental Aplicada) ou ABA aplica os princípios do behaviorismo para alteração do comportamento, e consiste num estudo e intervenção intensivos junto da criança com autismo. O objetivo do ABA consiste em ampliar competências a nível da comunicação, interação e adaptação ao meio social, na tentativa que a criança interaja com o meio de forma independente, atenuando as atitudes disfuncionais.

Segundo Lima (2012), o método ABA pretende aumentar e manter comportamentos adaptados e adequados, para generalizar esses mesmos comportamentos a outros ambientes e situações.

Para a cumprimento deste método é indispensável a participação e colaboração da família. Estes intervenientes, devem ser previamente ensinados a aplicar as estratégias trabalhadas nas sessões com a criança no seu quotidiano, nos distintos contextos e de forma cuidadosamente planeada. As sessões exigem estruturação e planeamento de forma individualizada, o meio deve ser calmo e estruturado, o que minimiza a distração da criança com outros estímulos.

De acordo com Lima (2012), o *Discrete Trial Teaching* (DTT) é considerada a técnica ABA mais conhecida, descrita por Lovaas. Através desta técnica, os princípios do programa assentam no reforço positivo e o negativo perante um comportamento, para que a aprendizagem seja efetivada. Fortalece a repetição nas tarefas de forma contínua até ao momento em que a criança consegue dominar a resposta. Esta metodologia é

criticada por Lima (2012) devido à dificuldade demonstrada pela criança na sua espontaneidade, há limitações no seu comportamento nos ambientes pouco estruturados.

Mello (2007) também critica esta metodologia, pois pretende-se que a criança consiga um desenvolvimento, com intuito de ser maximamente independente o quanto antes. Na opinião da autora, não se pretende que o método proporciona à criança um comportamento “robotizado”. O custo das sessões é um ponto negativo, na qual os pais solicitam treinos aos técnicos, para poderem acompanhar os seus próprios filhos.

#### **2.1.5.3. Modelo de Denver.**

O chamado Modelo *Denver* de Intervenção Precoce (*EarlyStart Denver Model- ESDM*) é uma intervenção precoce adequada a crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, com idades compreendidas entre os 12-36 meses, que continua até aos 48-60 meses. Baseia-se nos princípios da psicologia do desenvolvimento, aplicando a análise comportamental.

Para Dawson e Rogers (2014), esta intervenção geralmente é realizada em casa, creche, jardim-de-infância e/ou centros com técnicos formados e pais. Os mesmos autores concordam que é uma intervenção muito específica e também flexível, em termos de contextos de aprendizagem, materiais e objetivos. É considerada a única abordagem na intervenção precoce que engloba todas as áreas do desenvolvimento (linguagem, brincadeiras, interação social, comportamento, competências motoras, a imitação e o autocuidado), e foi testado com êxito no aumento das competências cognitivas e linguísticas da criança, interação social e iniciativa.

Dawson e Rogers (2014) referem que através do ESDM, a criança tem oportunidade de desenvolver competências sociais, devido a experiências vividas frequentemente, assim como também é facilitada o relacionamento entre a criança com PEA e o seu cuidador. Os mesmos autores certificam que o ESDM tem objetivo básico a “redução da severidade dos sintomas do autismo e acelerar o desenvolvimento da criança em todos os domínios, mas particularmente nos domínios cognitivos, social, emocional e linguístico” (p.15).

#### **2.1.5.4. Modelo de Son-Rise.**

Segundo a Associação Vencer Autismo (s/d), o Modelo de Desenvolvimento Programa *Son-Rise* “baseia-se no entendimento de que a capacidade de socializar, criar e sustentar relações interativas substanciais com os pais, irmãos, colegas é o desafio fundamental

das crianças e adultos com autismo”. Todas as áreas de desenvolvimento da criança são valorizadas, mas é de realçar o desenvolvimento social e a capacidade de interagir na socialmente. O modelo defende que, há maior mudança quando estas áreas específicas são bem desenvolvidas.

Mota (2014) refere que através deste modelo, os pais conseguem criar uma relação social mais entusiasmante com o seu filho. Através dos recursos disponibilizados aos pais, as crianças com PEA têm prazer na interação humana, o que proporciona uma preparação para a comunicação. A aprendizagem é individual com a criança, e os movimentos repetitivos são considerados como ponto de partida para aquisição de novas aprendizagens. Neste modelo, os pais devem demonstrar que acreditam nas capacidades dos seus filhos, e assim encorajá-los na demonstração de afetos. O espaço que envolve este modelo é fundamental, é um local sem qualquer distração, para proporcionar a concentração.

#### ***2.1.5.5. Modelo Tratamento e Educação de Crianças com Autismo e com Problemas de Comunicação Relacionados - TEACCH.***

Para Marques (2000), o programa Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Perturbações da Comunicação (TEACCH), foi inicialmente dirigido por Eric Schopler, na década de 70, nos Estados Unidos da América. É especificamente dirigido a crianças com PEA de todas as idades, e tendo como objetivo primordial o trabalho autónomo possível por parte das mesmas.

Segundo Mello (2007), o método TEACCH abrange a avaliação do Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R), que avalia a criança, tendo em atenção os seus pontos fortes e as suas maiores dificuldades, na qual é criado um programa individualizado.

Para Lima (2012),

O TEACCH é um modelo de ensino que através de uma “estrutura externa”, organização de espaço, materiais e atividades permite criar mentalmente “estruturas internas” que devem ser transformadas pela própria criança em “estratégias” e, mais tarde, automatizadas de modo a funcionar fora da sala de aula em ambientes menos estruturados (p.48).

O mesmo autor refere que na metodologia TEACCH, os principais pontos são:

- O ambiente físico é estruturado;

- Para uma rotina previsível e compreendida, é essencial o uso de suporte visual;
- O suporte visual permite a compreensão do trabalho individual;
- Elaboração de um Programa Individualizado centrado na família e na criança;
- Entender a “cultura do Autismo”.

Lima (2012) afirma que nesta metodologia, são analisadas vantagens, como: Respeito e adaptação às características de cada criança, assim como as áreas fortes são tidas em consideração; Verifica-se uma adaptação às necessidades e funcionalidades de cada criança; No processo educativo, a família e todos os intervenientes são envolvidos; Diminuição das dificuldades na área da linguagem recetiva; Verificação de diminuição dos problemas de comportamento; Maior probabilidade de comunicação; Proporciona diversidade de contextos. O autor afirma que, desde 1996 que o modelo TEACCH é aplicado em Portugal, como opção do Ministério da Educação enquanto respostas educativa para alunos com PEA em escolas do ensino regular, com a implementação do Decreto-Lei nº3/2008, que surge para assegurar o direito das crianças com PEA, o que favorece ao aparecimento das salas com a metodologia TEACCH.

Perante este modelo TEACCH, Mello (2007) refere duas críticas, sendo a primeira relacionada a com sua utilização em crianças de alto nível de funcionamento (neste caso, o modelo torna-se desadequado) e a segunda, baseia-se no sentido em que as crianças assemelham-se a robots.

#### **2.1.5.6. Sistema de comunicação através de troca de figuras (PECS).**

Lima (2012) diz que o *Picture Exchange Communication System* (PECS), mais conhecido por Sistema de Comunicação por Troca de Imagens, foi desenvolvido por Bondy e Fost em 1985, para apoiar crianças e adultos com PEA e com outras perturbações de desenvolvimento, com o objetivo de adquirir competências de comunicação. O PECS é construído por seis fases:

- Fase I: ensinar a “natureza” da comunicação à criança;
- Fase II: distância e persistência;
- Fase III: discriminação de símbolos;
- Fase IV: estruturação da frase;
- Fase V: aprender a responder à questão “o que é que tu queres?”;
- Fase VI: pedidos e comentários.

O sistema não exige materiais complicados ou dispendiosos, e foi crescendo na tentativa de ser considerado um instrumento de trabalho essencial para educadores, cuidadores e familiares, o que permite sua utilização nos diversos ambientes.

Mello (2017) defende que, através do PECS, a criança irá compreender que através da comunicação poderá alcançar com maior facilidade o que pretende, o que proporciona a uma estimulação para comunicar, o que poderá levar a comportamentos mais adequados.

#### **2.1.5.7. Programa *Portage* para Pais.**

Este programa foi criado nos Estados Unidos da América, mais especificamente para as comunidades rurais onde se verificavam crianças com reduzido acesso à escola, devido à insuficiência de recursos.

Marques (2000) refere que, através desta falta de recursos em intervenção precoce, foi emergente a criação deste programa, que é essencialmente dirigido aos pais das crianças com Necessidades Educativas Especiais. Para o mesmo autor, é fundamental que os pais tenham informação e conhecimentos para ajudar os seus filhos nos comportamentos inadequados, e ajudar ao estímulo de potencialidades dos seus filhos. A Associação *Portage* é criada em Portugal no ano de 1922, com o objetivo de divulgar esta intervenção às famílias do nosso país.

Segundo Marques (2000), este modelo caracteriza-se através de uma lista de registo de comportamentos, constituída por 619 comportamentos, divididos em seis áreas diferentes, numa ficha de sugestões de atividades para um determinado comportamento, e em folhas de registo de atividades que será conjugada com a lista de registo de comportamentos. Refere também que as fichas de atividades e a lista de registo de comportamentos, estão divididas em seis áreas de desenvolvimento, mais especificamente a estimulação do bebé, a socialização, a linguagem, a autonomia, a cognição e o desenvolvimento motor.

Segundo Felgueiras e Bairrão (1991) o modelo *Portage* é um programa semanal de ensino domiciliário, que “se relaciona com o total envolvimento dos pais que são considerados educadores fundamentais e, na mais ampla e verdadeira aceção da palavra, parceiros de trabalho dos técnicos” (p.39). Este programa assegura fatores decisivos para melhor adequar a intervenção em crianças com Necessidade Educativas Especiais (NEE), e é particularmente centrado na família, decorre no ambiente natural da

criança e dos pais (escola, casa). Este programa é estruturado, onde são definidos objetivos e estratégias bem definidas.

## **2.2. Estimulação Multissensorial - *Snoezelen***

### **2.2.1. Definição e conceito.**

Segundo Trindade (2011), o conceito de *Snoezelen* é um método de estimulação multissensorial que surgiu na Holanda na década de 70 e foi criado por dois terapeutas, Ad Verheul e Jan Hulsegge, ambos trabalhavam com pacientes portadores de problemas intelectuais, no Instituto De Hartenberg. Desde então, o *Snoezelen* foi expandindo e atualmente é utilizado por todo o mundo, em todas as faixas etárias, essencialmente como uma terapia e para momentos de relaxamento.

*Snoezelen* é caracterizado por Martins (2011) algo mais do que filosofia, espaço ou conceito, é aceite como o recurso fundamental para oferecer a qualidade de vida a qualquer indivíduo, com ou sem condições limitadas/deficiência.

Para Hotz et al. (2006) o termo *Snoezelen* surge a partir da junção de duas palavras: “*Snuffelen*” (explorar) e “*Doezeleng*” (relaxar).

Sella (2008) caracteriza o conceito de *Snoezelen* como sendo

uma sala rica e maravilhosa cheia de detalhes em forma de luzes, cores e cheiros, sabores e texturas. É um espaço de prazer, silencioso, com controle de temperatura ambiente e preparado para estimular os sentidos. Pode ser utilizado como experiência de aprendizagem, no tratamento e como relaxamento e lazer. A entrada sensorial é controlada e projetada especialmente para promover a interação, a escolha e o relacionamento. Alivia o stresse, a ansiedade e a dor. Promove mudanças, despertando e afetando os movimentos e a motivação. Oportuniza mudanças neuropsíquicas e oscilações neurais. Desperta ao máximo a potencialidades de uma pessoa, levando-a a uma resposta adaptável ao ambiente (p.22).

Na opinião de Viegas (2003) *Snoezelen* é definido como uma metodologia de trabalho que se destina a providenciar um ambiente multissensorial estimulante, onde os pacientes relaxam e interagem com os outros, num período de tempo isolado, onde têm a possibilidade de experimentar sensações e objetos, tendo em consideração o seu ritmo, conforme a sua vontade e curiosidade.

Segundo Hulsegge e Verheul (1987) o conceito *Snoezelen* não se realiza somente numa sala concreta, a atividade pode ser realizada tanto dentro de uma sala como ao ar livre, o essencial é a estimulação de todos os sentidos com sensações agradáveis.

Baillon, Van Diepen e Prettyman (2002) e outros autores realçam que as salas pretendem transmitir uma sensação de conforto e segurança, proporcionando o relaxamento num espaço agradável, na qual o equipamento e a disposição espacial pode ser alterada, considerando as necessidades de cada utilizador. A sala de *Snoezelen* oferece um ambiente seguro, casual e calmo, onde inúmeros estímulos estão disponíveis, recursos que estimulam os cinco sentidos: visão, audição, olfato, tato e paladar.

Quanto aos materiais e atividades que podem ser explorados na Sala *Snoezelen* são imensos. Para a Estimulação Visual, podemos incluir o Projetor e discos de efeitos, fibras óticas, colunas de água, chão luminoso, espelhos, bolas de espelhos, fitas luminosas, luzes Ultra Violetas e materiais coloridos.

Na Estimulação Tátil, são utilizados diversos tecidos e materiais, fibras óticas, colchão de massagens, almofadas vibratórias e massagens. Para a Estimulação Auditiva, há um leque de músicas disponíveis, instrumentos musicais, carrilhão de vento, sons da natureza e de animais e sons vibratórios. Na exploração Gustativa e Olfativa, é usual a aromaterapia, difusores de aromas, velas perfumadas/ incenso, citrinos, doces e alguns alimentos. Por fim, para desenvolver a estimulação Proprioceptiva e Vestibular, são propostos os movimentos suaves, música para movimento, cadeiras de balanço, piscina de bolas, *puffs*, almofadas, entre outros.

Kewin (1991, citado por Sánchez & Abreu, 2010) reconhece que nos tempos de hoje, o *Snoezelen* numa visão como filosofia ou terapêutica, o que pretende essencialmente é melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência ou determinadas limitações. Porém, Mertens (2004, citado por Sánchez & Abreu, 2010) refere que a origem do *Snoezelen* não é terapêutica, mas tem como finalidade proporcionar descanso para indivíduos com graves deficiências.

Também Martin, Gaffan e Williams (1998, citado por Rozen, s/d) consideram o *Snoezelen* como uma atividade de lazer, e não como uma atividade terapêutica. Para estes autores, o fundamental é o momento de lazer do indivíduo, e não qualquer mudança no comportamento.

### **2.2.2. Princípios e objetivos do *Snoezelen*.**

Pinkney (1999, citado por Sánchez & Abreu, 2010) nomeia os objetivos principais do *Snoezelen*:

Criar um ambiente estimulante que aumente os níveis de consciência; Criar uma atmosfera interessante que encoraje a pessoa a explorar o ambiente; Criar um ambiente



que ofereça segurança, permitindo relaxamento físico e mental; criar ambiente não restritivo, onde a pessoa se sinta capaz de iniciativa e possa sentir-se livre (p.2).

Como diz A. Frutuoso (comunicação pessoal, 13 de novembro, 2016), outro dos objetivos desta terapia é a estimulação e desenvolvimento de competências, e utiliza a expressão “nada tem de ser feito, tudo é permitido” é então um dos princípios do *Snoezelen*. Por outras palavras, entendemos que há possibilidade dos indivíduos fazerem as suas próprias escolhas, consoante os seus interesses. A exploração dos materiais deve ser livre e utilizados voluntariamente.

Também A. Frutuoso refere que Caniano (2005) defende que os objetivos do *Snoezelen* são imensos: relaxamento, proporcionar experiências agradáveis, autoestima, autoconfiança e autocontrolo e inibir alterações de comportamento. Promove a sensação de prazer e alívio de tensão, melhorando o comportamento. Transmite ânimo na exploração e atividades criativas, proporciona lazer, promove a escolha, aumenta a atenção e reduz os comportamentos agressivos. Diz A. Frutuoso que, segundo Caniano (2006), o bem-estar é fundamental para todos, tenham ou não de qualquer perturbação. No *Snoezelen*, as pessoas demonstram sinais de felicidade e melhoria no humor.

Para Sánchez e Abreu (2010), a terapia *Snoezelen* foi criada inicialmente como atividade específica para a deficiência mental profunda, mas é de realçar que o seu uso não é exclusivamente destinado a este grupo de pessoas, o seu domínio é muito mais vasto.

Pinkney (1999, citado por Sánchez & Abreu, 2010) cita que a terapia *Snoezelen*, através da combinação das duas vertentes: uma ativa (estimulação sensorial) e uma passiva (relaxar), permite inúmeros benefícios, tais como: diminuição da pressão, promove o relaxamento, transmite estimulação gradual, desenvolve a comunicação, proporciona estimulação sensorial e aumenta a concentração.

Na opinião da Associação Mantenedora do Centro Integrado de Prevenção [AMCIP] (s/d), a estimulação dos sentidos primários promove um desenvolvimento intelectual, devido à sensação de prazer e bem-estar.

Sella (2008) complementa a informação, e defende também que a sala *Snoezelen* proporciona as seguintes capacidades: desenvolvem a comunicação verbal; melhoram o desenvolvimento motor e a coordenação; diminuem a agressividade; incentivam a interação; promovem a comunicação partilhada, entre outras.

Na comunicação, nas situações na qual o indivíduo não fala, os estados emocionais e atitudes interpessoais substituem a linguagem. Durante o *Snoezelen*, Weert, Dulmen,



Spreeuwenberg, Ribbe, Bensing et al. (2005) defendem que, através dos sorrisos verifica-se uma melhoria na área da comunicação, verbal e não-verbal.

### **2.2.3. Ambiente *Snoezelen*.**

O espaço *Snoezelen* é caracterizado por Martins (2015), como sendo uma sala nomeadamente projetada para proporcionar estimulação sensorial, com condições apropriadas e equipamentos especiais e adequados. Desta forma, é possível atingir o objetivo pretendido. Martins (2011) refere a abordagem *Snoezelen* como uma essência que procura oferecer ao indivíduo possibilidade de usufruir de forma livre este espaço, em segurança.

Segundo Sánchez e Abreu (2010), cada sala é equipada e explorada consoante as necessidades específicas de cada pessoa, atuando em intervenções terapêuticas e pedagógicas, como também fortalecer as relações pessoais entre terapeuta e utente.

Para Silva (2009) a sala de atendimentos deve ser um espaço equipado com luzes, sons, cores, texturas e aromas. Os objetos devem ser coloridos e disponibilizados para serem explorados, vistos e apreciados, diminuindo e/ou eliminando a agressividade e situações de *stress*, entre outras situações.

A. Frutuoso (comunicação pessoal, 13 de novembro, 2016) dá a conhecer outros exemplos de ambientes *Snoezelen*:

- A sala branca: O interior da sala é branco, onde são frequentes a oferta dos estímulos visuais.
- A sala negra: A sala é iluminada com luz negra, e são utilizados nomeadamente os materiais fluorescentes e fibras que brilham com cores muito fortes.
- Corredores táteis: poderá servir para separar diversas salas, oferecendo mais perceções. São aconselhados o uso de difusor de cheiro, espelhos, painéis táteis, visuais e auditivos.
- Jardins sensoriais: pretende sensibilizar os sentidos, como estes estivessem esquecidos. Pode ser explorado o exterior através de plantas aromáticas, jogos no exterior, cuidar de plantas, almofadas, entre outros.
- *Snoezelen* aquático: é a intervenção mais recente, e é composto por um enorme *jacuzzi*, envolvido por determinados materiais e equipamentos utilizados nas salas, para além de outros brinquedos flutuantes, coloridos e luminosos.

#### **2.2.4. Vantagens e desvantagens de *Snoezelen*.**

Hulsegge e Verheul (1987) apontam algumas vantagens e desvantagens da utilização do método:

- Vantagens: Não é necessário o acompanhamento de especialistas, os pais e colaboradores podem acompanhar a criança; É adequado para fortalecer relações entre os indivíduos e os técnicos, principalmente nas sessões individuais; Estimula o pensamento criativo e de ação relativamente aos indivíduos com deficiência mental; Proporciona a aceitação ativa do indivíduo com deficiência mental, por aquilo que ele realmente é, ou seja, fazer mudanças, crescimento e desenvolvimento, quando possível; Sensibiliza o acompanhante para melhor compreensão do desenvolvimento físico do indivíduo com deficiência mental profunda; O ritmo do indivíduo com deficiência no seu desempenho nas sessões é respeitado; Um novo ambiente pode ser estimulante; Grande diversidade de estímulos que promovem novas possíveis experiências; Exploração do ambiente, sem existirem obrigações; Desenvolve os sentidos e também o sistema motor. O *Snoezelen* é iniciado a partir das capacidades dos indivíduos ao invés das suas incapacidades.
- Desvantagens: O *Snoezelen* não institui uma base teórica bastante sólida; Inexistência de uniformidade nas filosofias sobre o *Snoezelen*; Materiais utilizados podem ser considerados como divertimento pelos usuários, o que não é pretendido da terapia *Snoezelen*.

#### **2.2.5. Metodologia de *Snoezelen*.**

Quanto à metodologia, Silva (2009) refere que os atendimentos são baseados em protocolos elaborados entre os profissionais da área da saúde e educação (quando os indivíduos apresentam dificuldade emocionais, comportamentais e de carácter sensorial). É fundamental a autorização por parte da família, e também é necessária uma entrevista inicial para melhor conhecer o histórico sensorial do indivíduo.

Após estes dados, é esboçado um plano terapêutico adequado ao utente, com previsão de sessões e metas a atingir, na qual Hulsegge e Verheul (1987) definem como “Dieta Sensorial”. Nas fichas do indivíduo, são registados os objetivos das sessões, os equipamentos adequados, informações importantes e o relato da sessão. Cada sessão é preparada e adequada (especialmente o equipamento) a cada pessoa, de acordo com a entrevista inicial. Não há qualquer registo nas várias literaturas sobre o número de

sessões previstas, mas é essencial cerca de trinta minutos para proporcionar um trabalho com qualidade.

#### **2.2.6. *Snoezelen* e a Perturbação do Espectro do Autismo.**

Indivíduos com PEA têm geralmente problemas de integração sensorial, isto é, não organizam ou avaliam corretamente os estímulos sensoriais que o meio lhes fornece. São também crianças que apresentam por vezes ausência da consciência do perigo, talvez por incompreensão das situações, e que desenvolvem muitas vezes, contraditoriamente, medos inexplicáveis por situações e objetos normalíssimos. Considerando as características das crianças com PEA, certamente o *Snoezelen* é considerado um dos métodos adequados.

Mertens (2005, citado por Sánchez & Abreu, 2010) acrescenta que também as salas *Snoezelen* encontram-se disponíveis em estruturas escolares e de tratamento para crianças com deficiência e PEA. Autores como Carmit, Meir, Isack e Eli (2004), citado por Ferreira, 2015) defendem que o *Snoezelen* também deve fazer parte essencial de uma instituição de saúde, não se limita a uma sala.

Para Lotan e Gold (2009) e Matson (2004, citado por Lopes, Araújo, Ferreira & Ribeiro, 2015), a terapia *Snoezelen* é considerada uma das abordagens de intervenção com indivíduos com deficiência intelectual, como também para pessoas com dificuldades de aprendizagem e perturbações emocionais.

Cooke (2012, citado por Araújo, 2015) afirma que *Snoezelen* comprovou que os resultados são positivos para indivíduos relativamente a doenças mentais, autismo, dores crônicas, demências, lesões cerebrais adquiridas, lesões na capacidade motora, aprendizagem precoce, necessidades educativas especiais.

Na opinião de Verheul (2007, citado por Abreu, 2013), o *Snoezelen* é considerado como uma atividade aprazível e relaxante para as pessoas com perturbações mais severas. Carmit et al. (2004, citado por Ferreira, 2015) defendem que o ambiente de *Snoezelen* tem sido explorado com frequência na área das perturbações intelectuais como nas situações de comportamentos desafiadores, permitindo uma seleção da quantidade e tipo de materiais, tendo em consideração os objetivos traçados para esses indivíduos.

De acordo com Lopes et al. (2015), estudos demonstram a eficácia do *Snoezelen* na evolução do comportamento, dado que, os sujeitos revelam menos agressividade nas salas de *Snoezelen*, comparando com outros espaços. Outro estudo foi apresentado por

Shapiro et al. (1997, citado por Lopes et al., 2015), que relata a diminuição dos comportamentos não adaptativos (em frequência e duração) no *Snoezelen* (comparando com as salas usuais) em crianças com deficiência intelectual. Também Matson et al. (2004, citado por Lopes et al., 2015) nas suas investigações verificam a veracidade da redução das estereotipias, da autoagressão e outros comportamentos considerados disruptivos, devido aos estímulos sensoriais recebidos nas salas de *Snoezelen*, através da estimulação multissensorial.

Rozen (s/d) apresenta um estudo realizado por Fagny em 2000, que refere a diminuição na agressão, frustração, estereotipias e sintomas de ansiedade nos indivíduos com autismo profundo, na terapia *Snoezelen*.

Fagny (2000) considera o *Snoezelen* uma das técnicas mais utilizadas em instituições para pessoas com necessidades educativas especiais. O estudo verifica qual o impacto do *Snoezelen* sobre os comportamentos para acalmar pessoas com PEA, e em geral, os resultados revelam que ajuda a aliviar, em curto prazo, os momentos de frustração, insegurança e melhora os comportamentos.

Lopes et al. (2015) refere que os estudos levam à conclusão que, no momento após a estimulação multissensorial, demonstra haver um maior envolvimento nos indivíduos com perturbações intelectuais profundas e autismo na execução de tarefas pretendidas, sem esquecer a diminuição da frequência de comportamentos desafiadores. Os autores afirmam também que, através de diversas pesquisas na literatura científica disponível, realça com certeza a relação de terapia *Snoezelen* com a diminuição de estereotipias.

Rozen (s/d) conclui através da pesquisa de Hong em 1986, que, se o estímulo for o adequado para determinado indivíduo e a quantidade de aprendizagens forem consideráveis, as expectativas podem superar.

### **3. Metodologia de Investigação**

#### **3.1. Formulação do problema**

Atendendo que qualquer investigação implica inicialmente a definição de um problema, Almeida e Freire (1997) referem que “o primeiro passo numa investigação surge quando se procura a resposta a uma pergunta” (p.38).

Para focalizar a atenção do investigador no percurso do fenómeno em análise, Coutinho (2015) considera o problema como um “guia” na investigação, de grande importância. Desta forma, o problema de investigação é essencial porque delimita e centraliza o estudo numa área concreta, organiza o projeto e encaminha a revisão da literatura para a questão fulcral. Neste sentido, considerando a literatura consultada e de acordo com Pereira (1998, citado por Veloso, 2014), é possível caracterizar a PEA através de disfunções sociais que apresentam perturbações de comunicação, perturbações do jogo imaginativo, interesses e atividades restritas e repetitivas. Assim o problema por nós equacionado centra-se nos comportamentos exibidos pela PEA. Verificamos se os mesmos comportamentos apresentam alteração com a aplicação da Terapia *Snoezelen*.

Existe uma grande diversidade de terapias, que procuram essencialmente melhorar a qualidade de vida das pessoas, com o seu método de trabalho e objetivos traçados. Os profissionais que utilizam a Terapia de *Snoezelen* não demonstram ter qualquer dúvida dos seus benefícios, para além de estar cientificamente provado que os efeitos educativos e terapêuticos são positivos.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), para a elaboração de uma boa questão de partida, existem regras essenciais. A pergunta deve ser clara, precisa, concisa, pertinente e unívoca, para que facilite a sua compreensão, ou seja, adequada ao que se pretende. Desta forma, surge a nossa questão de partida: Será que a Terapia *Snoezelen* - Estimulação Multissensorial – pode contribuir para minimizar os problemas de comportamento de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo?

#### **3.2. Definição dos objetivos de investigação**

##### **3.2.1. Objetivo Geral.**

Para Guba e Lincoln (1994, citado por Rodrigues, 2016), o objetivo pretende essencialmente descrever os fatos como decorrem, como também elaboração da descrição de factos ou situações, proporcionar conhecimentos do estudo e confirmar ou contrastar relações e resultados presentes.

O presente trabalho tem como objetivo geral verificar se a aplicação da terapia de *Snoezelen*- Estimulação Multissensorial - beneficia crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, relativamente aos comportamentos exibidos. Desta forma, pretendemos compreender se surgem alterações nas diferentes dimensões observadas na criança em estudo, finalizado o percurso da intervenção e baseado nas sessões de *Snoezelen*.

### **3.2.2. Objetivos Específicos.**

Através dos objetivos específicos, traçamos os passos estratégicos par alcançar os objetivos gerais, mais especificamente:

- Verificar se existem alterações na comunicação em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, finalizadas as sessões de Terapia *Snoezelen*;
- Compreender se existem alterações nas disfunções sociais em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, finalizadas as sessões Terapia *Snoezelen*;
- Averiguar se existem alterações no jogo imaginativo, interesses, atividades restritas e repetitivas em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, finalizadas as sessões Terapia *Snoezelen*;

### **3.3. Tipo de Estudo**

Neste capítulo, a investigação baseia-se num estudo de caso, indo ao encontro dos objetivos deste projeto. Consideramos particularmente este o tipo de estudo mais adequado nesta investigação, para melhor entender e interpretar fenómenos educacionais. Para Lüdke e André (1986), o estudo de caso pretende “não partir de uma visão predeterminada da realidade, mas apreender os aspetos mais ricos e imprevistos que envolvem uma determinada situação” (p.22).

Yin (2002) afirma que “estudo de caso é um estudo realizado com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos” (p.114).

Fortin (2003) defende que “o objetivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar”, realçando que a preocupação fulcral é observar, descrever, e interpretar o contexto, sem querer controlar (p.22). O mesmo autor afirma que o estudo “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a

estabelecer as características desse grupo ou população” (p.64). Desta forma, o trabalho é considerado um estudo descritivo, pois parte de uma descrição pormenorizada dos contextos, da criança e da sua problemática.

É essencial termos em consideração que, no estudo de caso, a investigação não se baseia numa amostra. Para Stake (1996, citado por Coutinho, 2015), o estudo não é estudado para melhor compreender outros, mas fundamentalmente para compreender o caso. Também o estudo de caso é apontado como uma estratégia de pesquisa de triangulação, através da aplicação de técnicas e vários instrumentos, entre os quais as entrevistas, as análises documentais e a observação. Yin (2002) defende que esta triangulação é necessária, para garantir a autenticidade dos processos, e para Stake (1995, citado por Coutinho, 2015) são utilizadas variadas fontes de dados.

Neste estudo, o método na qual melhor se enquadra é de natureza qualitativa, pois proporciona a elaboração de um estudo compreensivo e interpretativo da prática educativa. Desta forma, Lessard, Goyette, Gérald e Reis (1994), referem que na metodologia de investigação qualitativa, abrange inúmeras abordagens, como a “ (...) a observação participante, a etnografia, o estudo de caso, o interacionismo simbólico, a fenomenologia ou, muito simplesmente, uma abordagem qualitativa” (p.31).

Segundo Phillips e Pugh (1998) a investigação é considerada em três vertentes: exploração, experimentação e resolução de problemas, que se aplicam tanto na investigação quantitativa como na investigação qualitativa. Os autores salientam que o tipo de investigação neste estudo é exploratório, pois “lida com os novos problemas /assuntos/tópicos sobre os quais pouco se conhece, pelo que não é possível. Logo de início, formular muito bem a ideia a investigar” (p.65).

De acordo com de Zuber-Skerritt (1996, citado por Coutinho, 2015), realçamos que o projeto foi elaborado através da investigação-ação, o que exige planejar, atuar, observar e refletir nas nossas práticas diárias, com a intenção de maiores conhecimentos para aplicar na prática.

O essencial da I-A é a exploração reflexiva que o professor faz da sua prática, contribuindo dessa forma não só para a resolução de problemas como também (e principalmente!) para a planificação e introdução de alterações dessa e nessa mesma prática (p. 364).

Cohen (1994, citado por Coutinho, 2015) e Marion (2009, citado por Coutinho, 2015) assinalam inúmeros aspetos, que demonstram que a investigação-ação se aplica adequadamente na área da Educação, através de: novos métodos e estratégias de

aprendizagem; novos métodos de avaliação contínua; atitudes e valores mais positivos de trabalho; formação contínua de professores e auto - avaliação; treino e controlo na iniciação.

### **3.4. Amostra / Sujeito / Participantes**

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003) a escolha da amostra é feita, tendo em consideração os objetivos de investigação. Coutinho (2015) refere que a “*Amostragem* é o processo de seleção dos sujeitos que participam num estudo. *Sujeito* é o indivíduo de quem se recolhem dados (participantes na investigação qualitativa)” (p.89).

#### **3.4.1. Dimensão do Sujeito.**

A dimensão deste estudo foca-se somente numa criança com Perturbação do Espectro do Autismo, que frequenta a Resposta Social de Pré - escolar, numa Instituição Particular de Solidariedade Social [IPSS], no concelho da Lourinhã.

#### **3.4.2. Seleção do sujeito.**

Charles (1998, citado por Coutinho, 2015) define como amostragem criterial as situações onde se verifique que o investigador seleciona parte da população para o seu estudo tendo um critério pré-definido. Este tipo de amostragem é encarado como o mais adequado perante as abordagens qualitativas.

No presente trabalho, o critério essencial é a escolha de uma criança, com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo. Também é de realçar que, a investigadora teve o privilégio de acompanhar o sujeito durante todo o percurso de Resposta Social de Creche, ao longo de três anos. Inicialmente nesse período, o sujeito é sinalizado para a Intervenção Precoce.

Antecipadamente, a investigadora através de uma conversa informal, abordou a família sobre a terapia *Snoezelen*. A curiosidade sobre o tema por parte da família foi intensa, o que proporciona maior disponibilidade e interesse da participação do seu educando no estudo.

Quanto à sala de *Snoezelen*, esta situa-se no concelho, o que proporciona outro fator importante para a escolha deste sujeito, assim como os técnicos envolvidos frequentam a instituição. Neste sentido, há maior facilidade de colaboração da família, do sujeito e dos



técnicos, na recolha dos dados. É de salientar que a investigadora é colaboradora da instituição frequentada pelo sujeito, o que permite maior facilidade durante as várias fases do estudo, inclusive o período de trabalho de campo.

### **3.4.3. Caracterização do Sujeito.**

O sujeito do nosso estudo é uma criança do sexo feminino com quatro anos e dois meses, e é o segundo filho de uma família estruturada, com nível socioeconómico médio/baixo. O pai tem 49 anos de idade, e é torneiro mecânico; a mãe tem 34 anos, é administrativa, mas atualmente optou por não trabalhar, para dedicar a sua vida à filha. Vive no concelho da Lourinhã, com os seus pais e um irmão com doze anos, porém tem outro irmão com 25 anos, que vive com a avó. Doravante, a criança em estudo é apelidada por “Maria”. A caracterização do sujeito apoia-se a partir de conversas informais aos pais e dos inúmeros relatórios de avaliação dos técnicos de Saúde e dos técnicos de Educação, disponíveis no processo individual do sujeito. Em forma de resumo, damos a conhecer alguns documentos, remetendo para o Apêndice A.

“Maria” é uma criança muito desejada e planeada, e a gravidez de sua mãe decorreu sem qualquer problema aparente. A duração de gestação foi de 38 semanas mais três dias, normal. Nasceu no hospital de Caldas da Rainha, de cesariana, sem complicações. Ao nascer, registava 3,285kg de peso, media 47,5 centímetros de comprimento, com perímetro cefálico era 33 centímetros. O índice de *Apgar* é de dez, no primeiro e no quinto minuto. Não necessita de reanimação, e na maternidade são feitas vacinas e o rastreio de doenças metabólicas. Ao longo do crescimento, os pais sempre consideraram normal o desenvolvimento normal de “Maria”, da mesma opinião partilha a pediatra, que regista no livro do bebé “*Bom desenvolvimento*” nas consultas de rotina.

Ingressou na instituição com cerca de dezasseis meses, uma vez que até essa data se encontrava aos cuidados da mãe. No ato da inscrição e na entrevista com a educadora titular, a mãe de “Maria” refere na Ficha de Anamnese que, a sua filha não apresenta qualquer Necessidade Educativa Especial. Na escola, a sua adaptação ao espaço, aos adultos e colegas é bastante satisfatória. Após algumas semanas, numa conversa informal, a educadora sugere aos pais que “Maria” fosse vista por um médico especialista em otorrinolaringologista. Foi explicado aos mesmos que o objetivo seria para melhor compreender a razão de determinados comportamentos, como por exemplo, não olhar quando chamamos pelo seu nome, ou por não reagir a determinados ruídos. Neste sentido, houve a hipótese de algum défice auditivo. Os pais aceitam a opinião e os

resultados dos exames indicaram um défice auditivo, na qual “Maria” foi operada posteriormente.

A 20 de março de 2014, “Maria” foi referenciada para a Equipa Local de Intervenção Precoce da Lourinhã (ELI) pela Educadora, por apresentar atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida, as áreas Cognitiva e Linguagem e Comunicação. Assinala-se também a história familiar de perturbações no desenvolvimento (risco biológico). Desde 2014 que “Maria” é acompanhada pela equipa de ELI Lourinhã/ Cadaval (Técnico Superior de Educação e Reabilitação (TSEER), psicólogo, e técnica de Intervenção Precoce), em terapia de fala, pela educadora titular de resposta social de pré-escolar, pelo médico de família (Centro de Saúde de Lourinhã), em pediatria no Centro Hospitalar de Torres Vedras (CHTV), e no hospital D. Estefânia na Unidade de Desenvolvimento pela pediatra. Porém, no Relatório 1 elaborado pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, datado a maio de 2014, refere que “o motivo da referenciação da criança foram alterações graves do desenvolvimento”. Menciona também que, através da aplicação do Programa de Avaliação de Competências do Desenvolvimento *Portage*, que

resultados obtidos podemos concluir que há um comprometimento global grave do desenvolvimento da criança. Todas as áreas estão muito atrasadas, particularmente a Linguagem, Cognição e Autonomia. Num nível intermédio encontra-se a Socialização, sendo que a área de melhor funcionalidade é a do Desenvolvimento Motor. (...) revela uma perturbação grave do desenvolvimento, pois todas as áreas estão muito abaixo do esperado (p.3).

Proporciona-se então o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), datado a 19 novembro de 2014, que refere o *Portage* como instrumento usado na avaliação e também traça objetivos nas diversas áreas a desenvolver com a criança. Este documento é revisto em 15 de junho de 2016, onde alguns objetivos mantêm-se, e outros são atualizados. Outra revisão do PIIP surge no dia 14 outubro 2016, novamente adaptado ao desenvolvimento da criança. Em junho de 2015, a terapeuta da fala elabora um relatório onde caracteriza a criança com pouca interação, com fraca atitude comunicativa, a sua expressão facial e corporal apresentada é muito pobre. Aponta para o desenvolvimento na compreensão não-verbal, reconhecimento da imagem da família, reage ao seu nome e associações. A expressão verbal de “Maria” revela grande comprometimento. A terapeuta da fala inicia o Programa *Makaton* e propõe a continuação do acompanhamento em terapia da fala durante o próximo ano letivo (2015/2016) (Anexo A).

A terapeuta da fala, a encarregada de educação de “Maria” e a educadora titular, através de uma reunião e trocas de experiências e vivências, preenchem o instrumento de

despiste da Perturbação do Espectro do Autismo - *Childhood Autism Rating Scale* - CARS, na qual a cotação total é de 42,5, aponta como “Autismo Grave”. Mais pormenorizado, a Escala Comportamental CARS, a criança revela “distante ignorando os adultos e parecendo ausentar-se por momentos. São necessários esforços e persistência para aprender a sua atenção” (p.2). Na imitação, “Maria” imita só parte do tempo, geralmente após algum tempo de atraso. Ri e grita sem motivo aparente, anda em bicos de pés, tende em movimentos finos de dedos e autoagressão. Apresenta interesse especial somente em determinados brinquedos, mas não os explora de forma adequada. A mudança à rotina é aceite por parte da criança sem atitude desajustada. Na resposta visual, a “Maria” evita o contacto direto com o outro, olha um objeto de um ângulo estranho, tem olhar ausente. Perante determinados sons, a “Maria” não reage da mesma forma. “ Persiste em levar tudo à boca, inclusive objetos não comestíveis. Por vezes demonstra excesso de medo ou inverso, ou seja, demonstra não ter noção de perigo. Quanto à Linguagem, a “Linguagem pode estar presente (...) jargão, ecolalia (...) ” (p.4) e “Não é utilizada linguagem com sentido” (p.4). “É geralmente incapaz de exprimir as suas necessidades ou desejos de um modo não-verbal” (p.4). No período da noite, revela muita energia e tem dificuldades de ir para a cama. Por fim, “Pode ter capacidades invulgares, como talento especial para a música, arte ou facilidade particular com os números” (p.5). Datado a 25 de setembro de 2015, o Relatório 2 produzido pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, o técnico concluiu que se mantém um atraso Global Grave do Desenvolvimento da criança. E acrescenta que,

Apesar disso houve progressos em quase todas as áreas excepto a Socialização, que se mantém mais deficitária a par da Linguagem cuja evolução foi ligeira. As áreas da Autonomia e da Cognição tiveram uma evolução bastante assinalável face à última avaliação. A área do Desenvolvimento Motor também melhorou a funcionalidade e encontra-se agora próximo do valor médio para as crianças da sua faixa etária (p.2).

Neste período a “Maria” frequenta a Resposta Social de Creche, e devido à sua patologia, a pediatra sensibiliza para a necessidade de sestas e a redução do número de elementos na sala. Neste sentido, a equipa multidisciplinar e os pais concordam mutuamente que é melhor a retenção de “Maria” mais um ano letivo na Resposta Social de Creche.

A 1 de outubro de 2015, o relatório da Pediatra da Unidade de Desenvolvimento declara que a criança apresenta Perturbação do Espectro do Autismo, “situação clínica de natureza congénita presente desde o nascimento e de carácter permanente (doença crónica)” (p.1), e apresenta dificuldades académicas e comportamentais com

Necessidades educativas especiais de carácter permanente, ao abrigo das medidas educativas preconizadas pelo Decreto-Lei 281/2009. É recomendado também manter o acompanhamento em terapia da fala e psicomotricidade (Anexo B).

Mesmo neste período, “Maria” tem uma alimentação restrita, tendo eliminado todos os alimentos/produtos que contêm lactose, caseína e glúten da sua dieta, por indicação da dietista, sendo considerado um facilitador completo para o desenvolvimento da criança. Contudo, as dificuldades de “Maria” em dormir a sesta eram imensas, e os barulhos constantes e repetitivos criaram um ambiente pouco tranquilo para as outras crianças. Por este motivo, a “Maria” iniciou a frequência numa sala de Resposta Social de Pré-escolar somente no período das sestas.

No presente ano letivo, “Maria” frequenta a Resposta Social de Pré-escolar, transitou de sala sem ter qualquer adulto de referência, mesmo assim a sua adaptação foi positiva. No dia 4 de julho de 2016, a técnica de Intervenção Precoce elaborou juntamente com a educadora titular um relatório Descritivo de Avaliação de “Maria”, que se refere ao Desenvolvimento Global da criança. A 6 de julho do mesmo ano, o Relatório da Unidade de Desenvolvimento reforça que, devido à patologia da criança, fica ao abrigo das medidas educativas preconizadas pelo Decreto – Lei 3/2008,

A educadora titular também elaborou a avaliação do primeiro período, datada a 22 de fevereiro de 2017 (Anexo C), onde refere que a “Maria” tem um bom relacionamento com todos os colegas e adultos, o seu período de concentração é reduzida e necessita de um adulto. Salienta a evolução na compreensão da linguagem, o que não acontece na expressão oral. A “Maria” está mais autónoma e faz atualmente o treino de controlo dos esfíncteres. A “Maria” no próximo ano letivo irá frequentar a Resposta Social de Pré-escolar da Rede Pública, o que leva a equipa multidisciplinar elaborar a *Checklist* da Classificação Internacional de Funcionalidade - Crianças e jovens (CIF – CJ), o Programa Educativo Individual (PEI do ano letivo 2016/2017) (Anexo D), e o Relatório Técnico-Pedagógico (RTP), por referência à CIF, o que refere que a criança tem deficiências graves ao nível das funções mentais globais e específicas. As estereotipias e perseveração motora são consideradas de carácter grave, o padrão da marcha tem alterações moderadas. Mostra comportamentos repetitivos, através de constantes batimentos com objetos, seja nas suas brincadeiras ou em momentos de trabalho. Em grande grupo ou em trabalho individual, o período de concentração é muito reduzido, manifestando-se ainda problemas nas funções cognitivas de nível superior. As distrações de “Maria” são muito frequentes, exceto se a atividade é do seu interesse. Apresenta

difficuldade em estar atenta, em silêncio ou manter-se sentada, o que destabiliza todo o envolvimento do grupo.

Na área da Formação Pessoal e Social, a “Maria” imita comportamentos dos seus pares mas mantém sobretudo, brincadeiras paralelas, o que aumenta a dificuldade em partilhar jogos e brinquedos. Frequentemente apresenta um comportamento agressivo e desafiador, e as birras são frequentes quando contrariada. Na tentativa de impor a sua vontade, manifesta comportamentos de frustração, através de choro e gritos. Na autonomia, a “Maria” já controla os esfínteres, por vezes come sozinha com colher, bebe sem dificuldade, lava as mãos e boca e utiliza o guardanapo quando solicitado pelo adulto. Na comunicação, a criança é pouco comunicativa, e utiliza o gesto e sons para se expressar. Imita os sons de alguns animais, aponta para a imagem, trauteia algumas canções e compreende ordens simples embora nem sempre as cumpre. A música é uma das atividades de preferência, no entanto o seu comportamento durante estas atividades nem sempre é o melhor: por vezes mantém-se atenta e até participativa, outras ocasiões revela uma insatisfação e irritabilidade extrema. Na motricidade, realiza jogos de encaixe e *puzzles*, associa e agrupa por categorias, identifica e nomeia as cores e faz contagens sucessivas até dez. Desce as escadas com ajuda, corre de forma ligeiramente descoordenada, lança e faz rolar uma bola sem direção. Faz enfiamentos, preenche aleatoriamente tabuleiros com os “piquinhos”, usa o lápis/caneta, embora apresente um traço muito leve. A presença do adulto é imprescindível para concluir as tarefas com sucesso.

A Equipa multidisciplinar (elementos da escola e técnicos da Equipa Local de Intervenção Lourinhã/Cadaval) após avaliação da situação específica da criança e analisando relatórios médicos que constam no seu processo educativo, considera ser benéfico a aplicação de medidas do Decreto-Lei 3/ 2008, de forma a promover o sucesso de “Maria” adaptando as aprendizagens às suas necessidades, assim como a sua continuação nas sessões de terapia de fala, com uma frequência bissemanal.

#### **3.4.4. Participantes.**

Todos os indivíduos que contribuem para aprofundar saberes face a uma temática em estudo, são considerados participantes de uma investigação. Neste sentido, cabe ao investigador traçar esta seleção.

Segundo Coutinho (2015), “Num estudo qualitativo a amostra é sempre intencional, porque não há qualquer razão para que seja representativa da população” (p.330). No

presente estudo também a seleção da nossa amostra é intencional, isto é, as entrevistas são direcionadas a indivíduos que mantêm contacto direto com o sujeito, com o intuito de adquirirmos informações quanto aos conhecimentos e opiniões das mesmas, nos respetivos contextos.

Para além do sujeito, contamos com outros participantes durante o estudo, onde realçamos a colaboração da encarregada de educação e três técnicas. Os referidos técnicos são a educadora titular, a técnica de Intervenção Precoce e a terapeuta da fala. Através das entrevistas, a recolha de dados informa a caracterização dos inquiridos e o seu percurso profissional. Os gráficos seguintes (Gráficos 1, 2, 3, 4 e 5) apresentam os resultados dos inquiridos acima referidos, quanto ao género, faixa etária, habilitações literárias, experiência profissional e formação sobre PEA.

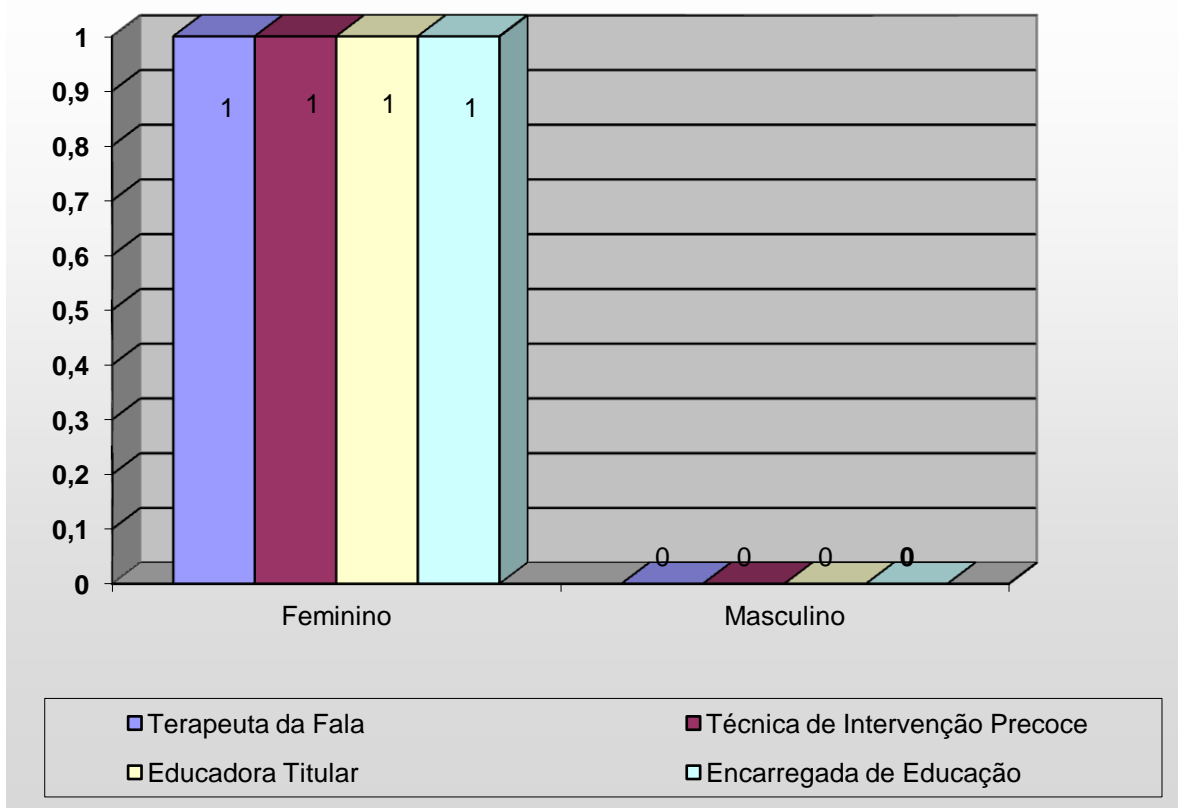
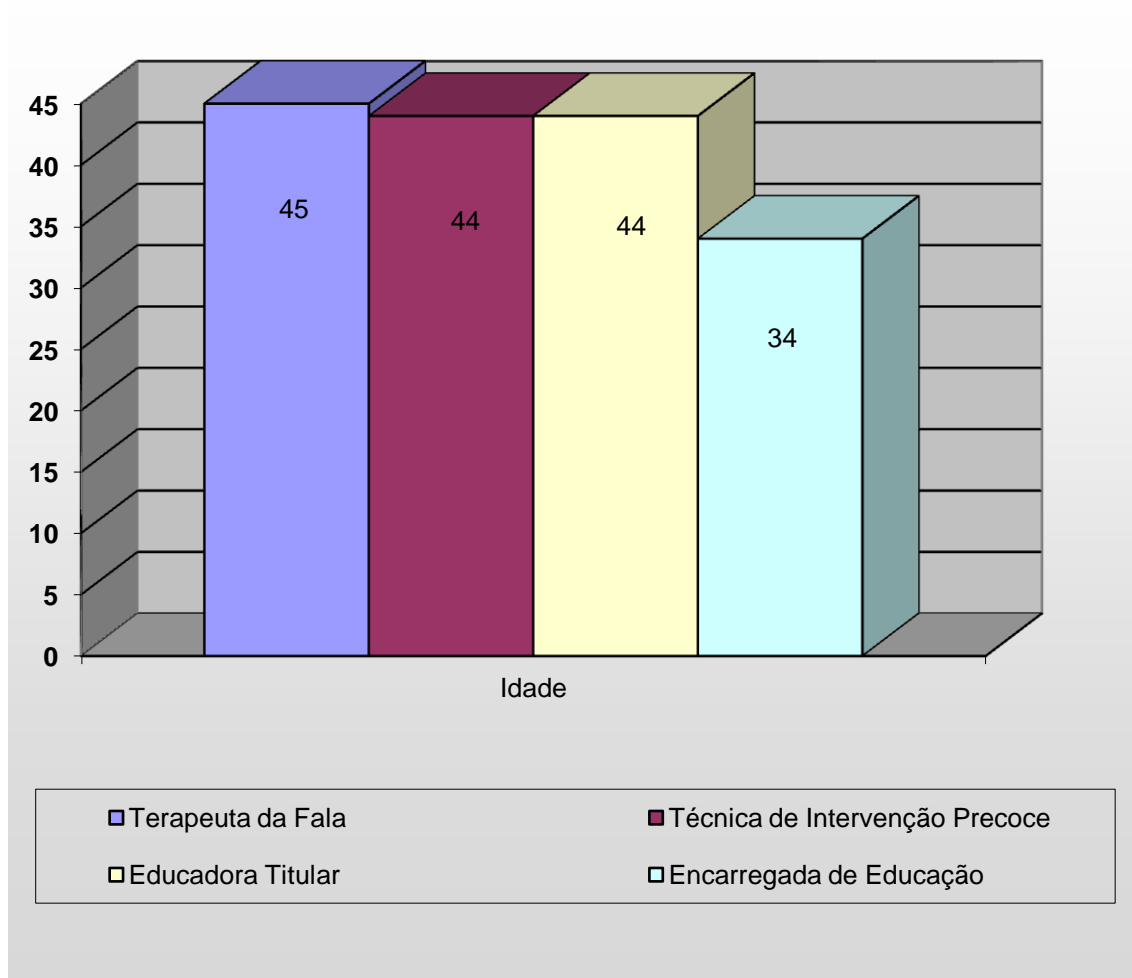


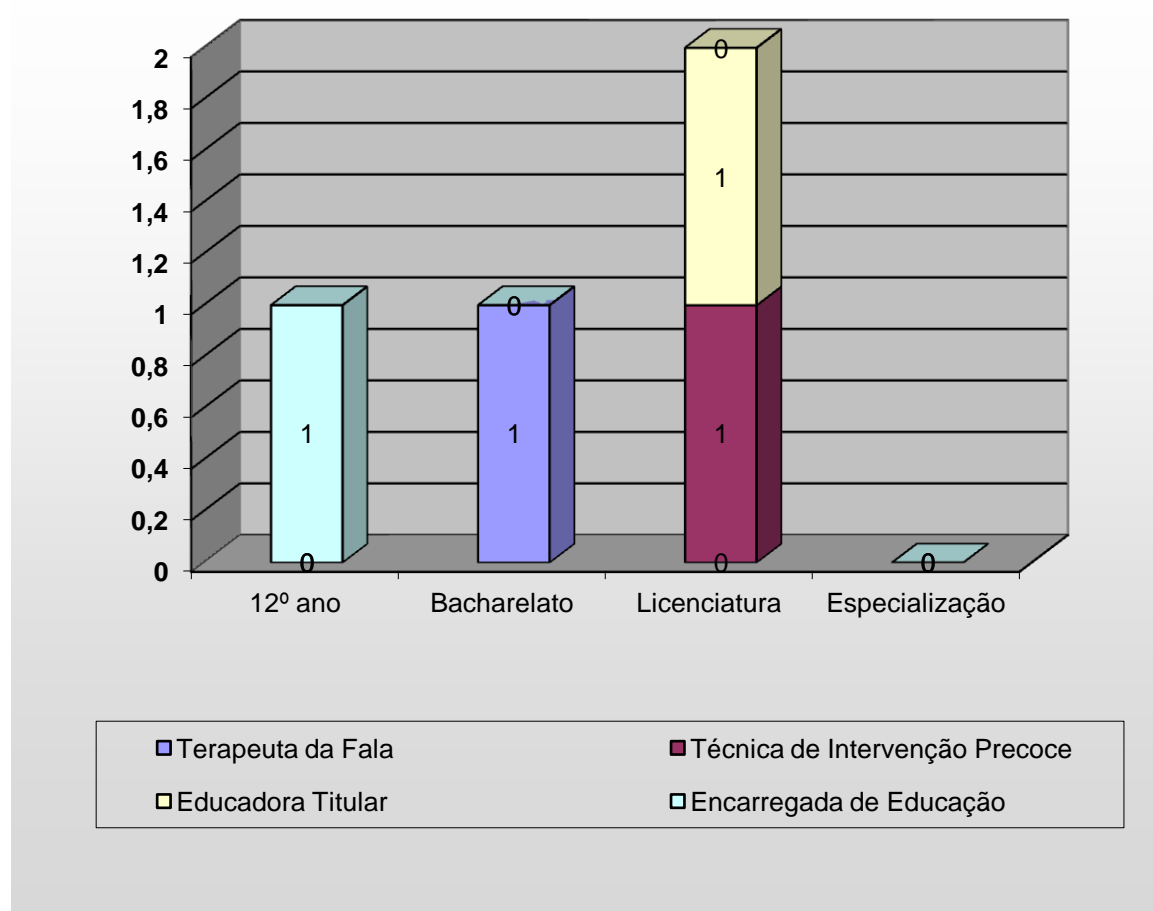
Gráfico 1- Género dos entrevistados

Verificamos através do **gráfico 1**, que todos os intervenientes nas entrevistas são do sexo feminino.



*Gráfico 2- Faixa etária dos entrevistados*

Perante o **gráfico 2**, que os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 34 e os 45 anos de idade. É de salientar que as técnicas têm entre os 44 e 45 anos, em contrapartida, a encarregada de educação é a inquirida mais nova, tendo 34 anos de idade.

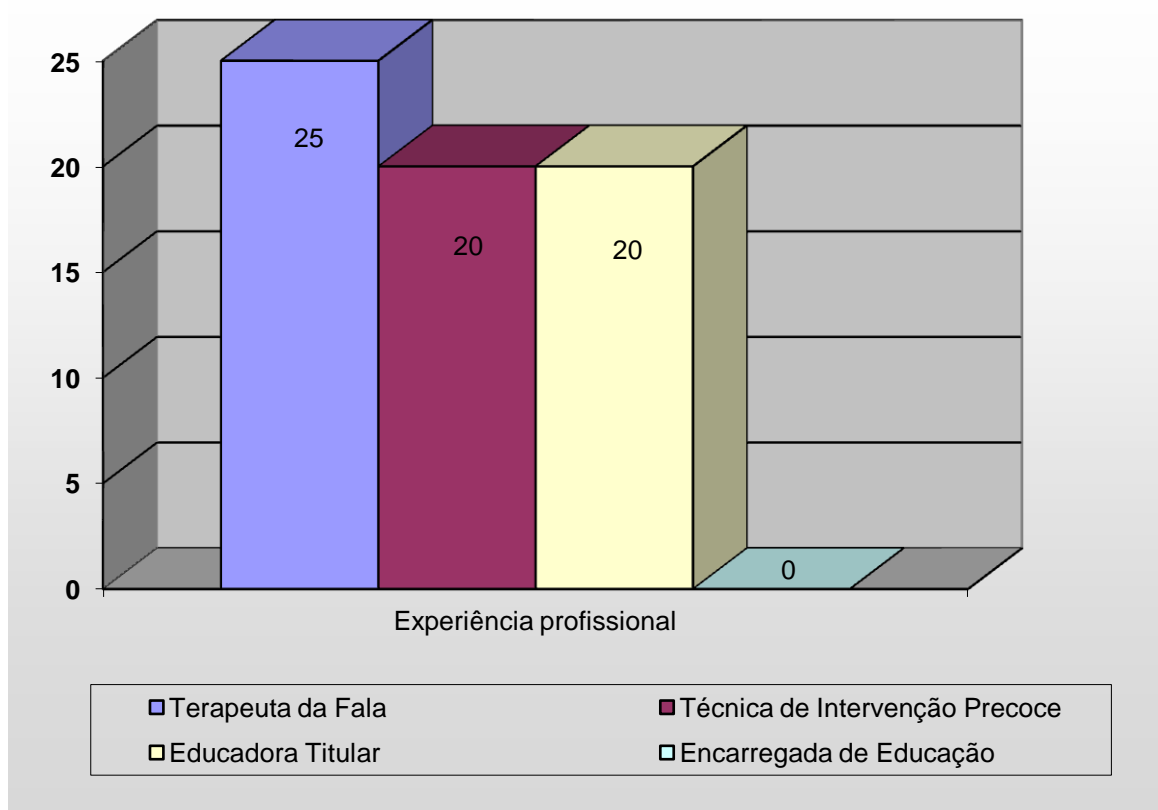


*Gráfico 3- Habilitações literárias dos entrevistados*

No **gráfico 3**, estão representadas as habilitações literárias dos intervenientes do estudo. Verifica-se que com o 12º ano encontra-se a encarregada de educação, a terapeuta da fala tem Bacharelato e por fim, a educadora titular e a técnica de Intervenção Precoce têm Licenciatura. Em contrapartida, verifica-se que nenhum dos entrevistados tem qualquer Especialização.

Quanto à encarregada de educação, esta apresenta o 12º ano de escolaridade.





*Gráfico 4- Experiência profissional dos entrevistados*

No **gráfico 4**, podemos verificar o tempo de serviço dos inquiridos. É de salientar que o valor da encarregada de educação é zero, pois não leciona e está atualmente desempregada. Apontamos a terapeuta da fala como a técnica com maior tempo de serviço, mais precisamente 25 anos. A técnica de Intervenção Precoce e a educadora titular, ambas as inquiridas revelam ter cerca de 20 anos de serviço.

Os dados revelam que as técnicas inquiridas têm elevado número de anos de experiência, em contacto direto com diversas crianças.

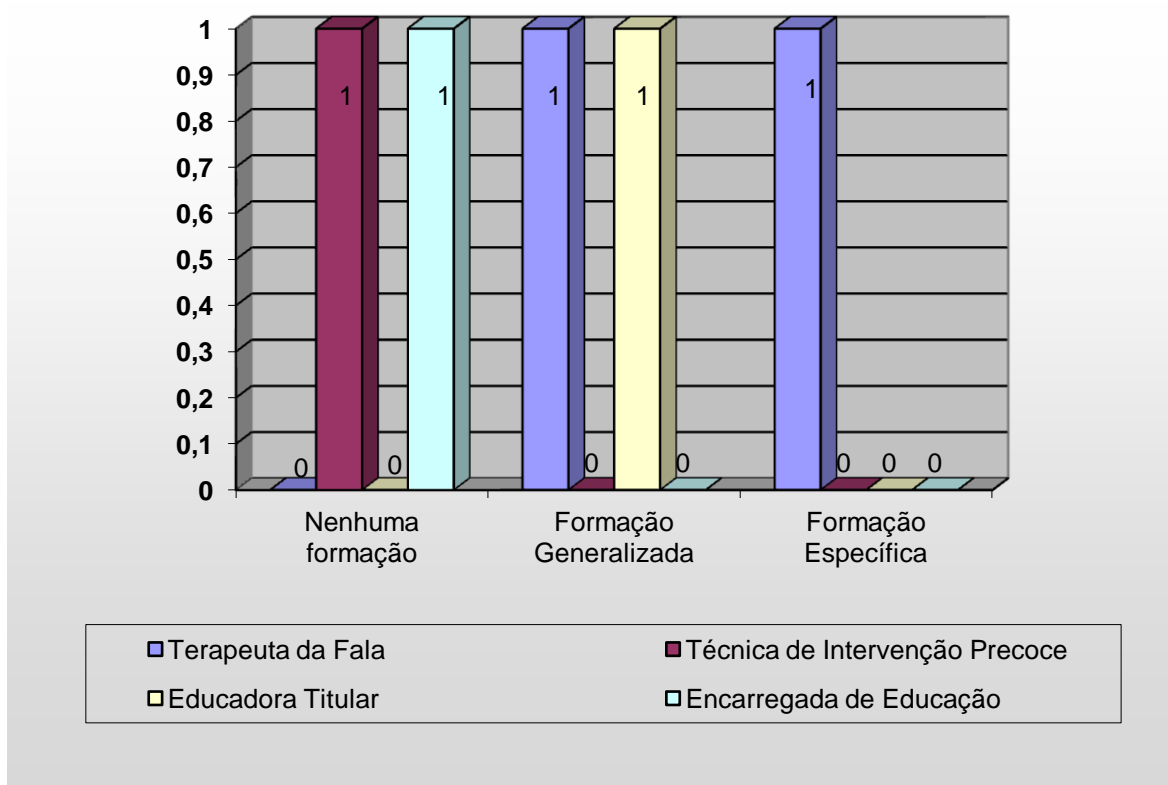


Gráfico 5 - Formação sobre PEA dos entrevistados

Ao analisar o **gráfico 5**, temos uma perceção sobre a formação obtida pelos inquiridos. Neste sentido, verificamos que a técnica de Intervenção Precoce e a encarregada de educação não apresentam qualquer formação sobre PEA.

Caracterizamos a formação generalizada como pequenas formações de curta durabilidade, onde o tema de PEA é transmitido de uma forma suave, onde inserimos a terapeuta da fala e a educadora titular. O inquirido com formação específica é somente a terapeuta da fala, que refere na entrevista que tem formação de *Makaton*.

#### 3.4.5. Caraterização do meio.

Ribamar é uma vila com cerca de 6,11 quilómetros quadrados de área e 2141 habitantes, que se situa no concelho da Lourinhã. A atividade económica de Ribamar assenta entre a pesca e a agricultura.

O Centro Social e Cultural de Ribamar (CSCR), e apresenta no interior das instalações da sua Resposta Social Centro de Dia uma Sala *Snoezelen*, denominada por Sala “Despertar dos Sentidos” (Sala de Estimulação Sensorial - SES).

A referida sala foi inaugurada a 29 de maio de 2015, e foi alcançada a partir da participação e conquista da Menção Honrosa do Prémio BPI Sénior 2014, e contou com o apoio de duas empresas da vila. Surgiu a necessidade da criação deste projeto para a melhoria da qualidade de vida e o envelhecimento ativo de pessoas com mais de 65 anos.

Em 2015, os primeiros contemplados a usufruir da metodologia *Snoezelen* foram os utentes das respostas sociais de Centro de Dia e Apoio Domiciliário individualmente ou em pequenos grupos. Em 2016, este método expande-se às crianças do Centro Infantil do CSCR, desde o berçário à sala de ATL, com um carácter preventivo, lúdico, de estimulação sensorial. Hoje, qualquer indivíduo pode usufruir do espaço, através de marcação prévia.

Através da Planta da Sala de *Snoezelen* (Anexo E), é possível visualizar toda a sala, como também a disposição do material presente. A sala mede cerca de 460 centímetros por 270 centímetros, contem proteção lateral ao longo das paredes em espuma, com 80 centímetros de altura e está equipada com inúmeros equipamentos e materiais, tais como:

- Cama de água, com sistema de aquecimento e sistema vibroacústico (120 centímetros por 220 centímetros);
- Duas colunas de bolhas interativas (180 centímetros de altura por 20 centímetros de diâmetro);
- Dois sistemas de fibra ótica, 150 fibras (200 centímetros de comprimento), um deles com sistema de deslocação manual);
- *Puf* com sistema vibroacústico;
- Banco almofadado;
- Iluminação Ultra Violeta (seis armaduras);
- Projetor estrelar (efeito dinâmico de nebulosas e estrelas);
- Projetor de discos (efeitos aleatórios);
- Sistema multimédia, leitor DVD e CD, amplificador e colunas;
- Espelhos de vidro acrílico, base e moldura em madeira);

- Televisão LED HD;
- Comando centralizado;
- Controlador interativo sem fios para comando de quatro equipamentos.

Nas figuras 1 e 2, visualizamos o espaço e parte do material disponível.



*Figura 1- Sala de Snoezelen*

Na figura 1, observamos algum do material disponível na sala de *Snoezelen*, tais como a piscina de bolas, um sistema de fibra ótica, cama de água com sistema de aquecimento e sistema vibroacústico, bola de ginástica, almofadas e manta.



*Figura 2- Sala de Snoezelen, visualização de algum material disponível*

Na figura 2, visualizamos duas colunas de bolhas interativas, o espelho, projetor de discos, cama de água, com sistema de aquecimento e sistema vibroacústico e dois sistemas de fibra ótica.

Também na sala, estão disponíveis outros materiais diversos (com cores, tamanhos e textura diferentes): almofadas, mantas, tapetes, instrumentos musicais, penas, bolas, cremes, óleos, bolas, escovas, bolas de ginásio, colchões, discos sensoriais, entre outros.

Para além do material referido anteriormente, a investigadora construiu a sua própria maleta (Figuras 3 e 4), onde constam inúmeros instrumentos musicais, brinquedos, bolas e livros (com texturas, sons, cores diferentes, causa-efeito), almofadas vibratórias, fibra ótica, projetor de iluminação, saquinhos e velas com cheiros diferentes, cremes, difusor de aromas, bolas de ginástica, garrafas com brilhantes/massas, bola de pelo de coelho, peças de jogo para montar, luvas para massagens, peluche com íman e CD's.



*Figura 3- Materiais utilizados nas sessões de Shoezelen (maleta)*

Na figura 3, estão disponíveis alguns materiais organizados e elaborados pela investigadora, são eles diversas bolas com cores, texturas, luzes e tamanhos, garrafas com cores, brilhos, massas coloridas decoradas, creme, luva sensorial, pequenas peças de jogos, peluche com íman, velas e difusor de cheiro.





*Figura 4- Diversos material disponível para as sessões de Snoezelen (maleta)*

Na figura 4, temos inúmeros livros interativos, peluches com sons e de causa-efeito, instrumentos musicais, cheiros diversos, projetor de iluminação, velas perfumadas, fibra ótica e almofadas vibratórias.

### **3.5. Instrumentos**

#### **3.5.1. Técnicas para recolha de dados.**

Fortin (2003) considera que a recolha de dados é uma das etapas elementares no trabalho de investigação, que proporciona a elaboração de um instrumento adequado, com a finalidade de atingir os objetivos pretendidos. Realça também que são inúmeras as formas de obter a recolha de dados, na qual o investigador tem a liberdade de definir qual o tipo de instrumento que melhor se adapta ao seu estudo.

Para elaboração deste trabalho é imprescindível desde o início recorrer a uma pesquisa bibliográfica sobre o objeto em questão. Também é necessário abordar a família da

criança e explicar o estudo, solicitando a sua autorização para a observação e participação da criança nas várias sessões. Por parte da família, o seu interesse foi imediato e colaborante.

Considerando ao âmbito da presente investigação, os seus objetivos definidos e às questões de investigação, recorremos a variadas técnicas documentais (relatórios médicos e avaliações) e técnicas formais para recolha de dados (entrevistas e observação), para possibilitar a recolha de informações fidedignas. Damos grande importância na utilização da entrevista, consideramos que é o instrumento mais adequado para melhorar o nosso conhecimento no terreno, como defende Quivy e Campenhoudt (2003).

Bogdan e Biklen (1994) defendem que “A entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (p.134). Através destas entrevistas, os inquiridos têm a liberdade de se exprimir livremente nas questões colocadas. Coutinho (2015) assegura que, através da utilização das entrevistas, há possibilidade na obtenção de informação que não são evidente através da observação, como também para verificar as observações, através da triangulação.

Segundo Bénony e Chahraoui (2002), a entrevista semiestruturada é considerada uma metodologia muito preciosa quanto à recolha de informação rica e pormenorizada sobre as crenças e pensamentos do entrevistado. Com prévia autorização dos entrevistados, as entrevistas são gravadas e transcritas, o que facilita posteriormente a análise e a interpretação das informações obtidas. Neste trabalho são utilizadas entrevistas semiestruturadas aplicadas às técnicas que acompanham a criança no contexto educativo (terapeuta da fala, técnica de intervenção precoce e educadora) e à encarregada de educação (mãe).

Os guiões das entrevistas (Apêndices B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7 e B8) são construídos e adaptado ao inquirido, consoante a função que desempenha. Quanto à compreensão das questões apresentadas no guião, verificámos através dos resultados de pré – testagens (Apêndice C) a necessidade de alterações simples.

Outro dos instrumentos mais importantes na recolha de dados num estudo de caso de natureza qualitativa é a observação, mas também existem alguns riscos referidos por Yin (2002) caso o investigador ser observador - participante. Em contrapartida pode ser considerada uma estupenda oportunidade proporcionada por esse papel.



Segundo Estrela (1994), “Fala-se de *observação participante* quando, de algum modo, o observador participa na vida do grupo por ele estudado” (p.31). Neste ponto de vista, quanto à situação ou atitude do observador, a investigadora desempenha a função de observador participante, pois interage com o sujeito ao longo do trabalho de campo. O investigador inicialmente nas primeiras duas sessões atua como observador não participante, observando somente o sujeito e a técnica, com o intuito de compreender a utilização e manuseamento do material disponível. Numa fase posterior, ao longo das restantes sessões de *Shoezelen*, o investigador torna-se observador participante, pois interage diretamente com o sujeito no espaço, regista, prepara as sessões e o material.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), existem diferentes formas do processo de observação, conforme se trate de uma observação direta ou indireta. Para o mesmo autor, através dos métodos de observação direta, são apurados os comportamentos no momento, sem intervenção de um testemunho ou documentos. É de realçar que neste estudo é utilizada a observação direta, no qual o próprio investigador procede diretamente a recolha das informações.

Quanto ao processo de observação, Estrela (1994) enumera três tipos de observações: a ocasional, a naturalista e a sistemática. Caracterizando a observação ocasional, Dias (2009) expressa que “é aquela que é realizada pela escolha do observador, tendo em perspectiva um momento específico da interação dos indivíduos ou um momento específico de um fenómeno, resultando no registo dos incidentes ocasionais verificados pelo observador” (p.179).

A observação naturalista é caracterizada por Estrela (1994) como uma “observação do comportamento dos indivíduos nas circunstâncias da sua vida quotidiana” (p.45). A observação é realizada no meio natural, com a finalidade em descrever as situações e comportamentos das condições e indivíduos. A observação sistemática é aquela que “coloca em relevo a coerência dos processos e dos resultados obtidos” (Reuchlin, 1969, citado por Estrela, 1994, p. 40), através da utilização de técnicas rigorosas, em condições bem delineadas e com a capacidade de validação e repetição.

Paquay (1974, citado por Estrela, 1994, p. 40) refere também que o observador deve aplicar um método de anotações de observação. Medley e Mitzel (1963, citado por Estrela, 1994, p.40) indicam que os dados dividem-se em duas formas: “sistema de sinais” e “sistemas de categorias”.

Na medida em que as várias etapas deste estudo são devidamente planeadas, temos como base uma observação sistemática, e tem como suporte uma grelha de observação

elaborada a partir dos indicadores que nomeiam os comportamentos que pretendemos observar. Por necessidade, foi criada uma grelha de observação enfocada, que irá permitir avaliar os comportamentos da criança com Perturbação do Espectro do Autismo, ao longo das sessões.

Para Lakatos e Marconi (2003) esta observação exige um cuidado no planeamento de ações, e é considerada uma observação direcionada. “Na observação sistemática, o observador sabe o que procura e o que carece de importância em determinada situação; deve ser objetivo, reconhecer possíveis erros e eliminar sua influência sobre o que vê ou recolhe” (p.193). Para além de registos escritos, também os registos áudios e fotográficos podem ser utilizados para analisar registos, com a respetiva descrição/situação.

### **3.5.2. Técnicas para tratamento e análise de dados.**

Segundo Bardin (1994), a análise de conteúdo consiste num “conjunto de técnicas da análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) desta mensagem” (p.37).

Para Estrela (1994), num sentido restrito, o conceito de análise de conteúdo, “refere-se apenas às técnicas usualmente utilizadas pelas Ciências Sociais para a exploração de documentos, não abrangendo, portanto, os tipos de análise que caem directamente no âmbito da linguística e da literatura” (p. 455). Neste sentido, apresentamos os resultados fundamentais da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas respetivamente a cada inquirido, antes e após da intervenção, na qual apresentamos o cruzamento dos mesmos (Apêndice D).

Nas entrevistas semiestruturadas, os temas debruçam especificamente os dados sobre o sujeito e também de todos os inquiridos. Com maior enfoco, o tema abordado é a Perturbação do Espectro de Autismo e também a Terapia de *Snoezelen*. Dentro da PEA, são enfocadas essencialmente as áreas da Comunicação, Interação Social e Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas. São estruturadas por categorias, subcategorias, indicadores e unidades de registo. Pretendemos interpretar os dados adquiridos, valorizando os objetivos pretendidos.

No período da intervenção, para além da Planificação das doze sessões de *Snoezelen* (Apêndices E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11 e E12), no final de cada sessão procedemos ao preenchimento da Ficha de Registo da Sessão de *Snoezelen* (Apêndice

F) para obtenção de dados do sujeito: a identificação dos participantes, o número da sessão, data, local e hora (inicial e final), o estado emocional, o comportamento na sessão, os sentidos explorados, o material utilizado e a interação com o adulto.

Após a recolha destes dados, surge a apresentação da Grelha de Análise de Conteúdo das Fichas de Registo das sessões de *Snoezelen* (Apêndice G), onde será feita uma apresentação descritiva dos mesmos que serão apresentados de forma sintética.

Por fim, a recolha de dados através de alguns documentos do sujeito são considerados como uma técnica de investigação. Na pesquisa realizada para o nosso estudo, a análise de dados da Pesquisa Documental inclui o Relatório da Terapeuta da Fala (Anexo A), a Avaliação do Plano Individual (Anexo C) e o Programa Educativo Individual (Anexo D), na qual elaborámos o cruzamento de dados dos Relatórios da Aluna (Apêndice H).

### **3.6. Procedimentos**

No ponto de vista de Coutinho (2015), “Todo e qualquer plano de investigação, seja de cariz qualitativo, quantitativo ou multimetodológico implica uma recolha de dados originais por parte do investigador” (p. 105).

Para melhor organização e orientação do estudo, delineámos três fases distintas e fundamentais, na qual seguimos uma ordem de etapas de atuação e objetivos próprios.

A **fase um**, caracteriza-se pelo período anterior à intervenção, precisamente em outubro de 2016. Inicia-se com a recolha de informação e pesquisa bibliográfica sobre os temas em estudo: a Perturbação do Espectro do Autismo e a Terapia *Snoezelen*. Com grande relevância, também é imprescindível a consulta de fontes documentais sobre o sujeito. Todos os documentos reunidos no processo individual da criança apresentam grande fonte de informação, onde tomamos conhecimento de todo o seu historial, desde o momento de entrada na creche, bem como a informação mais atualizada.

Através deste estudo mais aprofundado, o investigador adquire os conhecimentos teóricos necessários à elaboração do trabalho. Por parte do investigador, surgiu a necessidade de participar numa curta formação sobre a terapia *Snoezelen*, o que promove o enriquecimento de conhecimentos básicos teóricos e práticos (elaboração de planificações, ficha de registo de sessões de *Snoezelen* e construção de material, conceitos e caracterização geral sobre a Terapia de *Snoezelen*).

Nesta etapa pretendemos abordar os pais de uma criança com PEA, através de uma conversa informal, referindo que pretendemos ajudar a criança, explicamos a forma como

irá decorrer o trabalho e transmitir quais os benefícios pretendidos neste estudo. Neste momento, os pais são convidados a colaborar neste estudo. Caso se verifique interesse da família, procedemos às formalidades previstas, nomeadamente o pedido da autorização à mãe da criança, através da declaração de consentimento informado (Apêndice I), uma carta explicativa (Apêndice J), o pedido de autorização de registos para acesso aos dados e informações alusivas ao seu educando (Apêndice K). Considerando que a intervenção não se insere no contexto educativo, há necessidade de solicitar uma autorização de saída do sujeito (Apêndice L) para o presente estudo.

Também é imprescindível o contacto com os técnicos que acompanham frequentemente a criança na instituição (Educadora Titular, Terapeuta da Fala e Técnica de Intervenção Precoce). São explicados os objetivos do trabalho de investigação pretendido, solicitando a sua colaboração.

Na instituição onde se insere a criança com PEA, o pedido de autorização (Apêndice M) para a realização de investigação é entregue ao cuidado da Direção, acompanhado por fotocópias das diversas autorizações cedidas pela encarregada de educação.

O pedido de autorização para frequentar a sala de *Snoezelen* é feito através de um documento, onde são definidos os objetivos de estudo (Apêndices N), solicitando o comprovativo da respetiva autorização.

É agendada uma reunião com o técnico responsável pela sala *Snoezelen*, para verificar a disponibilidade da sala e técnico, conhecer de forma direta o espaço e material disponível, como também os valores a suportar. Na reunião concretizada com a técnica responsável pela sala *Snoezelen*, a técnica disponibiliza algum do seu tempo para verificação/correção prévia das planificações elaboradas pela investigadora.

Para iniciar o trabalho de campo, fica decidido entre a técnica e a investigadora que, as duas primeiras sessões são orientadas pela técnica, a investigadora tem o papel de observadora. Nas duas seguintes sessões, a técnica desempenha o papel de observadora/orientadora (se necessário), enquanto decorre a sessão orientada pela investigadora. As restantes sessões são realizadas sem qualquer interveniente externo, durante cerca de 50 minutos, no período das treze às catorze horas, durante três vezes por semana.

No decorrer das sessões, são feitos frequentemente registo fotográfico e pequenas filmagens para relembrar material utilizado sujeito, e no final de todas as sessões realizadas, o investigador preenche a Ficha de Registos das Sessões de *Snoezelen* (Apêndice F). Com base nos registos elaborados no final de cada sessão, são

apresentadas através do Apêndice G, dados importantes sobre o sujeito, mais especificamente:

- A identificação do sujeito e do acompanhante;
- A data, o local e o número da sessão;
- O horário das sessões (inicial e final);
- O estado emocional do sujeito (contente, contrariado, relaxado, agitado, triste, calmo, curiosidade, sem interesse);
- A participação do sujeito nas sessões (não participa, participa quando estimulado, participa ativamente);
- Os sentidos explorados com o sujeito (visão, audição, tato e movimento, paladar e olfato).
- Qual a forma de interação com o adulto (contato visual, imita o adulto, estabelece comunicação verbal e não-verbal, demonstra ao adulto o que quer, ignora);
- Qual a técnica ou material utilizado (colchão de água, fibra ótica, coluna de água, espelho, bolas diversas, almofadas vibratórias, cremes com essência, livros, brinquedos, projetores, música/CD, piscina de bolas, instrumento musical e outros);

Ainda nesta primeira etapa, são elaborados os guiões das entrevistas, direcionado às respetivas participantes: as técnicas (Terapeuta da Fala, Técnica de Intervenção Precoce e Educadora Titular) e a Encarregada de Educação. Posteriormente, é necessário elaborar a pré-testagem (Apêndice C), contando com a colaboração dos técnicos e docentes que não mantêm qualquer ligação com o sujeito, onde solicitamos o registo alusivo às questões da entrevista.

De acordo com o presente estudo, consideramos ideal a elaboração de entrevistas semiestruturadas, para dar oportunidade às inquiridas de transmitirem de uma forma espontânea. Considerámos pertinente ajustar as questões, tendo em consideração as respetivas funções, assim como a adequação das questões no momento anterior ou após a intervenção.

O tema apresentado é a Terapia *Shoezelen* em crianças com Perturbação de Espectro do Autismo, e tem como objetivos gerais:

- Recolher dados referentes à criança com Perturbação do Espectro do Autismo, antes/depois da intervenção;
- Recolher informação para caracterizar a entrevistada;

- Recolher informação sobre os conhecimentos adquiridos do entrevistado sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, nomeadamente nas áreas da Comunicação, Interação Social e Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas (antes e depois da intervenção);
- Recolher informação sobre a terapia *Snoezelen*, na perspetiva da entrevistada (antes de depois da intervenção).

Com prévia marcação, pretendemos realizar as entrevistas durante o período do almoço dos inquiridos, no Centro de Recursos Educativos, inserida da instituição, local que reúne as melhores condições para o efeito, evitando os ruídos e possíveis interrupções. Após alguns imprevistos, surge uma entrevista com a TF na Escola de 1º Ciclo do Vimeiro e outra entrevista com a TIP no refeitório da instituição, no período da tarde, mais precisamente depois da limpeza do espaço. Salientamos que, após a execução de cada entrevista, o investigador transcreve toda a informação, através da gravação da mesma.

No Guião das entrevistas propomos oito blocos temáticos, de modo a orientar e organizar as questões aos inquiridos, são eles: o Bloco Temático A - Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado. Iniciamos a entrevista, onde transmitimos ao inquirido as linhas gerais do que pretendemos saber, para a elaboração do trabalho de investigação. Como lembrete, registamos no guião diversos tópicos e observações, para proporcionar um momento agradável para ambas as partes, de forma profissional.

No período anterior à intervenção, com o Bloco Temático B – Entrevistada, pretendemos obter elementos descritivos sobre cada inquirido, como a idade, formação inicial, experiência profissional, situação atual e formações centradas na PEA.

Para tomar conhecimento sobre o conceito de PEA e as experiências do inquirido, elaborámos o Bloco Temático C - Perturbação do Espectro do Autismo. É essencial neste trabalho a recolha de informação sobre as dificuldades do sujeito no ponto de vista do inquirido, essencialmente nas áreas de comunicação, interação social e comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas. Nesse sentido, elaborámos os Blocos D, E e F, respetivamente.

Através do Bloco Temático G - Terapia *Snoezelen*, desejamos recolher elementos descritivos sobre a Terapia *Snoezelen*, na perspetiva de cada entrevistado, isto é, ter noção dos conhecimentos, opiniões e experiências alusivas a esta terapia. Para terminar, propomos o Bloco Temático H – Finalização, onde se inserem os dados de carácter complementar, ou seja, os entrevistados têm a oportunidade de salientar ou acrescentar

alguma informação. Cabe posteriormente o entrevistador agradecer a disponibilidade dos inquiridos.

Pela razão de serem várias as entrevistas realizadas neste trabalho, atribuímos um código aos intervenientes, o que facilita a descrição. Desta forma, a Terapeuta da Fala tem a designação de TF, a técnica de Intervenção Precoce é representada por TIP, a educadora titular é caracterizada por ET, e por fim, a encarregada de educação, que assume o código EE. As entrevistas realizadas às técnicas (TF, TIP e ET) que participaram no estudo apresentam categorias e subcategorias iguais, verificando-se alterações e adaptações para adequar a cada inquirido.

Quanto à Encarregada de Educação (EE), as entrevistas também têm em comum todas as categorias, exceto alguns Blocos Temáticos, são eles: O Bloco Temático B – Sujeito de Estudo, onde recolhemos elementos descritivos sobre o sujeito e a sua família; O Bloco Temático C, para além de tomarmos conhecimento sobre o conceito de PEA para a mãe do sujeito, também tentámos saber as dificuldades sentidas por parte da família e os apoios; O Bloco F - Comportamentos, Interação Social e Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas, onde solicitamos à encarregada de educação dados alusivos ao sono, refeições, controlo dos esfíncteres e medicação de sua filha.

Na **fase dois**, é assinalado o período que decorre a Intervenção, especificamente durante o mês de março. Nesta fase, são estruturadas as primeiras sessões, para melhor conhecer o espaço da sala *Snoezelen* e seu modo de funcionamento. É feito o reconhecimento do material disponível, para posteriormente adequar e tornar mais apelativo ao sujeito. Durante a intervenção, todo o trabalho de campo decorre na sala *Snoezelen*, no período após almoço, tendo em consideração as disponibilidades do espaço, da técnica, da investigadora e do sujeito.

As regras e rotina para as sessões são estabelecidas e elaboradas nas planificações, ao longo das doze sessões de *Snoezelen*, traçadas semanalmente. Na planificação de sessões de *Snoezelen*, são vários os dados a preencher, tais como: o nome do sujeito e do acompanhante, qual o número da sessão, a respetiva hora (inicial e final), a data e o local.

Na área dos procedimentos das sessões de *Snoezelen*, podemos dividir em quatro momentos: preparação, estimulação, relaxamento e finalização. Cada sessão inicia com a preparação, que abrange a receção do sujeito e há uma preparação do vestuário, ou seja, a criança deve utilizar roupas práticas e confortáveis, para permitir o movimento livre. O ambiente da sala é previamente aquecido, o que facilita a criança a estar



descalça, o que garante maior sensibilidade aos estímulos, e a previsão de duração desta fase é cerca de cinco a dez minutos. A segunda fase com a durabilidade de 25 minutos, designa-se por estimulação. Neste momento, o material é explorado de uma forma gradual, onde são introduzidas as atividades relacionadas com os objetivos da sessão. Posteriormente há o relaxamento durante 15 minutos, com a finalidade de retomar a calma. A finalização é a última etapa da sessão, com a duração de cinco minutos, que se considera o período de preparação do sujeito, da saída do espaço e o momento da despedida.

Para enriquecer a planificação, nestas áreas também são referidos os materiais utilizados e a duração das mesmas. Se necessário, o investigador é flexível para replanear as sessões, para adaptar à determinada situação.

A **fase três** é representada pelo período após a Intervenção. São elaboradas novamente entrevistas, no sentido de tomarmos novos conhecimentos e opiniões das experiências sentidas pelos inquiridos, depois da participação do sujeito nas sessões de *Snoezelen*. Posteriormente é feito o cruzamento de dados das entrevistas semiestruturadas antes e após as sessões de *Snoezelen* (Apêndice D), a grelha de análise de conteúdo das Fichas de Registo das Sessões de *Snoezelen* (Apêndice G), e o cruzamento de dados dos relatórios do sujeito (Apêndice H). Por fim, são elaboradas as conclusões e reflexos finais.

### **3.7. Cronograma**

A investigação desenrola-se desde o ano de 2016, na qual seguimos as seguintes fases (Quadro 3):



Quadro 3 – Cronograma

Etapas do trabalho	2016			2017											
	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<b>Fase 1- Antes da Intervenção</b>															
Pesquisa bibliográfica															
Recolha de informação															
Formação <i>Snoezelen</i>															
Elaboração de planificações e ficha de registos de sessões															
Autorizações e explicações do estudo															
Elaboração de entrevistas															
Pré-testagem de entrevistas															
Aplicação das entrevistas															
<b>Fase 2- Durante a Intervenção</b>															
Trabalho de campo															
Registos das planificações e fichas de registos de sessões															
<b>Fase 3- Após a Intervenção</b>															
Elaboração de entrevistas															
Pré-testagem de entrevistas															
Aplicação das entrevistas															
Análise e tratamento dos resultados															
Discussão dos resultados															
Redação da dissertação															
Entrega da dissertação															

Fonte: Elaboração própria

## **4. Apresentação dos Resultados**

### **4.1. Descrição dos resultados**

Pela razão do presente estudo ser de carácter qualitativo, recolhemos imensa informação descritiva. Coutinho (2015) é de acordo, que todos os dados adquiridos necessitam de ser organizados e reduzidos, para permitir a descrição e interpretação do que pretendemos no estudo. Logo, é imprescindível a análise e interpretação de dados das entrevistas realizadas antes e depois da intervenção, a análise dos dados recolhidos dos registos das doze sessões de *Snoezelen*, e por fim, uma análise dos dados da pesquisa documental.

#### **4.1.1. Análise dos dados das entrevistas.**

Através dos dados referentes às entrevistas, criámos o Apêndice D, onde visualizamos o cruzamento dos dados obtidos através das entrevistas antes e depois da intervenção. Na tentativa de facilitar a informação, apresentamos os dados organizados por dois blocos: o bloco um (dados adquiridos nas entrevistas antes da intervenção) e o bloco dois (informação adquirida após a intervenção).

No **Bloco 1** (antes da intervenção), registamos os seguintes dados:

No Apêndice D, e relativamente à Dimensão um (quadro 4) e no que concerne à categoria **“O conhecimento e experiência sobre PEA por parte dos entrevistados”**, na subcategoria **“Conhecimento sobre PEA”** muitos são os indicadores apresentados pelos inquiridos. Porém, somente existem duas frequências das quais a EE e a TF têm em comum, onde caracterizam a PEA como sendo “É um transtorno global do desenvolvimento”, e que “afeta a parte da socialização, linguagem e comportamento”. É referido que a PEA é uma “perturbação neurológica que nasce com a criança” (TIP), e é detetada “normalmente na idade de criança” (TF), mas “perdura até à idade adulta” (TF). Também estas crianças com PEA “têm problemas de socialização” (TIP), “mostram um atraso intelectual” (TF), “são muito inteligentes” (TIP), não apontam (“nem apontarem” (EE)), apresentam “perturbações associadas a alimentares, do sono” (TF). “Têm um grande desenvolvimento em algumas áreas” (TIP), mas é no “domínio social onde se vê maior comprometimento” (TF). O “domínio da linguagem e comunicação, nota-se a nível verbal e não-verbal”, mas é “o domínio do comportamento, acaba muitas vezes por comprometer o desenvolvimento das outras áreas” (TF). Algumas características são reconhecidas (ET) e sabem algumas dicas para lidar com a criança com PEA (ET). A EE

refere que a criança com PEA “estão noutra mundo”, “A gente chama por eles e continuam a brincar”, e não apresentam “reação que deveriam ter em determinada situação”. Em geral, as características da PEA são apontadas pelos inquiridos, mas é a TF a técnica que revela maiores conhecimentos. Em contrapartida, a ET de “Maria” declara pobres conhecimentos sobre a PEA, mesmo lidando com a criança no quotidiano.

Quanto à subcategoria de **“Experiência profissional com crianças com PEA”**, todos os inquiridos tiveram experiência. A TIP inicialmente disse “Não, nunca tive!”, mas posteriormente afirmou “Eu tive contacto durante dois dias”. Este ano letivo foi a primeira experiência das inquiridas (ET, TIP) com crianças com PEA, em contrapartida, a TF refere experiência com crianças com esta perturbação, desde casos mais simples a graves, e atualmente acompanha algumas crianças (“tive (...) casos profundos”; “tive alguns casos mais simples”; “Neste momento tenho mais três casos”). Os dados conferem que, todos os técnicos que acompanham a “Maria” frequentemente não têm qualquer experiência profissional com crianças com PEA, exceto a TF. Neste aspeto, tudo indica que, grande parte dos técnicos não têm experiência com crianças com PEA.

Na subcategoria **“Maiores dificuldades sentidas na prática profissional com “Maria”**” as opiniões são muito vastas: A ET refere que a “Maria” na sala “não quer ficar junto do grupo”, “não para”, “emite ruídos e batiques”, é uma “criança muito instável”, “não mostra muito interesse”, é uma criança “com muita falta de regras”, “não aceita muito bem”. Para a ET, é “difícil o educador sozinho dar apoio que ela necessitaria”, “precisava de mais tempo para ela”, refere também que é “difícil com um grupo de 23 crianças”. Nota-se que, em contexto educativo, a ET sente dificuldades em lidar com a “Maria”, pela razão de um número elevado de crianças e/ou falta de experiência profissional em lidar com crianças com PEA.

Aos olhos de TF, as maiores dificuldades sentidas na prática profissional com “Maria” é o seu comportamento (“o comportamento”; “preciso é que ela queira interagir connosco”; “que não haja aquela irritabilidade”; “negar tudo o que é proposto”; “num estado tal que não é possível comunicar”; “não nos ouve”; “ela recusa e empurra”, e “atira o material para o chão”).

A opinião da TIP demonstra que a “Maria” “é uma menina especial”, “é muito afetuosa” e “por vezes faz muito bem os contato visual (...) breves momentos”, “há momentos que ela socializa, mas há momentos que não”, “está no mundo dela”, “não partilha nada”, e “às vezes até se torna agressiva e bate aos amigos”. A TIP realça que não teve “contato com outras crianças mais graves”. No seu parecer, a “Maria” “precisava de um espaço mais amplo”, “se calhar ter um lugar mais reservado”. O grupo onde está inserida a

“Maria” é grande (“aqui são muitos meninos”), e “estas crianças deviam estar integradas numa sala com uma pessoa só para ela”. Em forma de resumo, a maior dificuldade da TIP é uma questão de espaço, defende que é pertinente haver uma área específica para a criança, devido ao número elevado de crianças no grupo.

Perante a subcategoria “**Maiores dificuldades sentidas com “Maria”**”, a EE afirma que é “tudo muito complicado”, “nenhum pai está preparado para isto”, “Precisamos de ter bastante apoio”, pois “os pais não têm noções”. Houve alterações na sua vida (“tive que aprender a comunicar com a “Maria””; “e tive que aprender a mudar a minha maneira de ser”; ter “muita calma, programar uma rotina”. Sabemos então que, nem sempre a família está preparada para esta problemática, precisam de apoio, pois a vida tem que sofrer muitas alterações. Para a EE a maior dificuldade também é a comunicação (“ela não comunicar, não dizer as primeiras palavras”) e o comportamento (“começa numa crise e acaba numa birra”) de “Maria”.

Segundo a subcategoria “**Metodologia de trabalho**”, o “trabalho individualizado” é a resposta dada pela ET e por TIP. Na sala, a ET afirma que a “Maria” “é apoiada pela técnica de Intervenção Precoce”, mas também tem um período para trabalhar com ela (“um bocadinho para trabalhar com ela, na estimulação”), mas “ela não quer ficar sentada”. Algum material foi construído na sala (“elaboramos uns cartões com as diferentes rotinas”). Quanto à metodologia de trabalho, a TF afirma que “é pegar nas várias metodologias de intervenção (...) como estratégias”, “ir sempre ao encontro do centro de interesse da criança”, “descer entre aspas, ao nível dela”, e “tentar imitar nas suas verbalizações”. Considera importante o reforço positivo (“o reforçar positivamente, constantemente”) e “exigir pouco para poder reforçar de imediato”. Acrescenta também que é essencial “tentar não mudar muito o ambiente” e “estruturar ao máximo o que sabemos que eles gostam (...) como se fosse método TEACCH”. Utiliza “várias metodologias e usar aquilo que é mais adequado”, “imitar e tentar chegar à criança, que tem a ver com a metodologia do *SonRise*”. Para a TIP, durante o trabalho individualizado, explora com a “Maria” “atividades adequadas ao pré-escolar”, como exemplo, trabalho de “modelagem, jogos, afetos, contato visual (...), as histórias”.

Na subcategoria “**Apoios**”, todas as entrevistadas concordam que a “Maria” necessita de apoios (“Claro que sim, precisa”). A criança é “acompanhada pela Terapia da Fala” (ET e EE). A ET refere que a “Maria” tem apoio da técnica de Intervenção Precoce”, e como profissional, sente a dificuldade de lhe dar apoio (“difícil o educador sozinho dar o apoio que ela necessitaria”), “precisava de mais tempo para ela”. Confirmamos então que a criança tem diversos apoios, porém a ET refere que, devido ao grupo elevado de

crianças, sente que apoia pouco a “Maria”. As técnicas procuram ir ao encontro dos interesses de “Maria”, através de um trabalho individualizado. É a TF que relata mais estratégias para trabalhar com a criança, devido à sua vasta experiência.

A TF responde que a “Maria” necessita de outros técnicos (“precisa de um psicólogo, de um terapeuta”, “uma técnica de Educação Especial e de Reabilitação”), “mais técnicos a trabalhar nesse sentido” e “era preciso mais horas de intervenção, com um horário mais preenchido”. Deve a “equipa multidisciplinar tentar saber o que cada um está a fazer”, para “não estarmos a massacrar a criança com muitos apoios e horários preenchidos”. Acrescenta que “tudo é válido”, “trabalhar várias metodologias e tentar várias técnicas”, “tentava tudo o que eu ouvisse falar, fazia *SonRise*, TEACCH”. Realça que “tudo aquilo que pode ser benéfico para aquela criança”, e “aquilo que é para uma criança pode não ser para outra”. Verifica-se uma contradição por parte da TF, quando também afirma que “vários técnicos dispensa-se, quando um técnico pode abranger todas as áreas”.

A EE afirma que a sua filha é acompanhada pela “consulta de desenvolvimento”, “é seguida três em três meses pela pediatra” e “tem professora de Ensino Especial”. Em casa, a mãe disponibiliza o seu tempo para a “Maria” (“fazíamos momentos de *Floortime*” e “trabalhamos o que podemos trabalhar”). No seu ponto de vista, o apoio “não deve ser em grandes quantidades” e “devem ser diversificadas, um bocadinho de tudo”. Desta forma, a EE sugere outras terapias: musicoterapia (“até que ponto uma terapia feita à base de música poderia ajudar”), terapia com animais (“Há terapias também com animais, são fantásticas”) e natação (“há quem diga que a natação é bom para a expressão do corpo”).

Quanto à Dimensão dois, vamos verificar a “**Comunicação na PEA, relativamente ao sujeito**” (Quadro 5), na subcategoria “**Dados sobre a comunicação do sujeito: como comunica nos diversos contextos**”, a ET e a TIP concordam que “Maria” comunica “sim”, “expressa-se através dos afetos”. Para A EE e TF, a criança em estudo “já aponta”, em contrapartida, a TF e a ET concordam que “quanto à linguagem ela está muito atrasada”. Salientamos que perante a ET e a TIP, não têm experiência fora do contexto de sala (“Não temos muitas experiências fora do contexto de sala”). Nas palavras da EE, “atualmente ela olha nos olhos”, “há expressão facial: por um sorriso, por um som”, “ainda é muito à base do comportamento”.

Para a ET, “Maria” “comunica facilmente”, “imita alguns sons”. Afirma que “ainda está difícil a comunicação oral”, pois “poucas coisas são perceptíveis”, “tem a ver com o interesse da “Maria”. O seu comportamento no parque é positivo (“vamos ao parque, ela porta-se bem”). A forma de comunicar é visível na criança, quando “está zangada, deita-

se no chão, faz birras”, e perante os amigos, “não pede os brinquedos, chega e tira à força”. Quanto ao “controlo dos esfíncteres, tem sido muito da nossa parte (...) porque ela não pede”.

Na opinião da TIP, a “Maria” é uma “menina muito carinhosa, afetuosa”, mas “não é muito contrariada em casa”. Na comunicação, a “comunicação dela muitas vezes é feita no inglês”, também “comunica em silêncio”, “comunica com gestos” e ainda verifica-se o “desvio do olhar”. Nem sempre as perguntas são compreendidas por parte de “Maria” (“fazemos as perguntas, mas ela muitas vezes demonstra que não percebe”). Fora do contexto de sala, “Maria” “reage da mesma forma como se tivesse na sala”, “percebemos que ela já está no mundo dela”).

No parecer da TF, a criança evita o contato ocular direto (“não interage connosco muito tempo através do olhar”), mas demonstra compreensão (“ela compreende mais do que aquilo que se expressa oralmente”; “leva-nos até onde quer”; “direciona o olhar para aquilo que quer”). A “forma de comunicar é a mesma, mas pode ter formas de reação diferentes”, “é conforme os estímulos que ela vai encontrando nesse lugar”. “Maria” tem noção de que, quando faz algo incorreto, dirige-se ao adulto e dá beijos (“porque ela sabe que está a errar”).

Quanto à subcategoria “**Desenvolvimento da linguagem e comunicação do sujeito**” foi somente direcionada à TF, e refere que a “Maria” “já utiliza diversas palavras, mas não por sistema com intuito para comunicar”, ainda é “raríssimo ela juntar duas palavras”, pois “normalmente tem palavras isoladas”. Ou seja, a “Maria” pouco se expressa oralmente.

Na dimensão três, as questões debruçam-se particularmente na “**Interação Social na PEA, relativamente ao sujeito**” (Quadro 6). Verificamos na subcategoria “**Relação entre sujeito e os pares**”, por unanimidade, todos os entrevistados concordam que a “Maria” não interage com os pares (“não está a interagir diretamente com elas”), “ela brinca muitas vezes com os outros, mas brinca sozinha” (TIP, ET, TF), neste “momento não tem grande capacidade de interação” (TF, TIP). Na opinião da ET, “Maria” “Está no mundo dela”. Porém os colegas da sala têm uma boa relação com a “Maria” (“colegas protegem-na”; “eles notam que ela é diferente” e “ajudam-na em imensas coisas”). A respeito da relação entre sujeito e os pares, a TF defende que a “Maria” “tem esse desenvolvimento interpessoal perturbado”. A TIP refere que “tira e empurra as coisas aos outros”. Aos olhos da EE, acredita que a relação de sua filha com os pares é positiva (“penso que é boa”; “há a expressão facial do riso”; “também troca a expressão facial do

riso, quando vêm ter com ela”). Conclui-se que a relação com o sujeito e os pares é positiva, os colegas aceitam “Maria” como é, mesmo que provoque conflitos.

Quanto à subcategoria **“Relação entre o sujeito e outras crianças”**, a EE afirma que “gosta de estar com elas”. Na opinião da ET, considera que não há relação entre o sujeito e outras crianças (“não”), “está com elas, simplesmente”, porque “Ela brinca no mundo dela”, “não está a brincar com as outras crianças”, “ela não interage com as outras crianças”. Não se verifica qualquer relação entre o sujeito e outras crianças.

Perante a Subcategoria **“Relação entre sujeito e os adultos”**, não se verifica qualquer relação negativa. A ET considera “boa relação” e “abraça-se a qualquer adulto da sala”, e a TF afirma que “tem vindo a melhorar com os anos”, a “interação está melhor” e “há uma interação mais facilitada”. Para a TIP, “ela dirige-se aos adultos para qualquer coisa”, e “ela sabe que faz alguma coisa de errado, ela vem logo e dá beijinhos”. A EE refere que, com os adultos, “a “Maria” vai ter com essa pessoa: observa-a a expressão facial (...) vai com o indicador na face”. Procura o adulto quando necessita, e a relação entre si é boa.

A **“Relação entre o sujeito e o entrevistado”** também é considerada positiva. A ET diz que a relação entre elas “é boa”, sente “proteção”, pois solicita ajuda sempre que necessite (“nos vai chamar para ajudar”). A TIP também defende que a sua relação com “Maria” “é muito boa”, ela “É muito querida e afetuosa”. Porém, a TF comprova outra opinião, quando relata “não sei se ela tem aquela grande relação de empatia”, se “eu fosse outra pessoa diferente teria o mesmo tipo de atitude e comportamento”, e “Não vejo nenhuma relação privilegiada”.

Quanto à categoria **“Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas na PEA, relativamente ao sujeito”** (Quadro 7), na subcategoria **“Situações e descrições de comportamentos desajustados”** de “Maria” verificam-se “Quando é contrariada”, esta opinião é de todos os envolvidos na entrevista. Para a EE e a TF, “após ser contrariada, pode fazer uma série de reações”, desde uma birra simples ou não” (TF e TIP), e “atira as coisas para o chão” (TF, TIP). Para a TIP, os comportamentos desajustados são referentes ao contexto de sala (“Na socialização”; “No acolhimento (tapete)”; “quando ela está no grupo e não quer estar sentada”, “ela levanta-se muito”). Também considera um comportamento desajustado no refeitório (“Às vezes no almoço, agarra assim com a mão... um bocadinho desajustado”).

A ET considera que há falta de regras por parte da família (“tem muita falta de regras; “por parte da família (...) não a querem contrariar”). Com a presença da família, a “Maria” demonstra reações diferentes (“a mãe está, a “Maria” não tem a mesma postura, como



quando está connosco”). Mesmo perante situações desconfortáveis, a ET afirma que “por vezes, ainda consigo que ela esteja um bocadinho sentada”.

A TF refere que são frequentes os comportamentos desajustados (“ela tem muitas vezes”; “ouvir um simples “não” ou “agora não”, é o suficiente para desencadear os “comportamentos desajustados””; “ela própria deita-se no chão, a fazer uma grande birra”), e “pode mostrar uma voz de zangada”. A EE expõe que a reação de “Maria” é gritar (“tenho que insistir, e ela grita”). Por necessidade, a EE tem o seu método de lidar com a filha (“eu aplico o meu método, até obter o comportamento desejado”; “temos que comunicar através do comportamento e dos gestos”; “tenho de voltar atrás e tento compreender todos os passos que fez antes, para o porquê da birra”).

Ao analisarmos a subcategoria **“Rotina do sujeito no apoio individualizado”**, a ET considera a “Maria” é envolvida nas atividades diárias (“marcamos as presenças”; “conto uma história”; “Fazemos o reconto”; “a seguir há uma atividade dirigida”; “Depois temos atividades livres”; “à tarde terminamos as atividades iniciadas, ou outra”; “participa à maneira dela”; “depois tiramos um bocadinho”). Na sala está disponível uma mesa para estar com a “Maria” (“mesa na sala, onde tem jogos dirigidos especialmente para ela”). “Maria” regressa a casa por volta das 18h30 (“Maria” vai por volta das 18h30”).

A TIP defende que “Maria” tem noção de rotina (“ela tem noção que aquilo é rotina”), e o trabalho é realizado individualmente no contexto de sala (“No dia a dia vou busca-la quando está ao pé dos colegas”; “Ela tem uma mesinha na sala só para ela”; “estamos pare a par”). A TF refere que a rotina é gerida por si (“normalmente não é dado a escolher o que ela quer fazer”), tudo está organizado (“tem que estar minimamente estruturado e organizado”) e ajustado (“vamos ajustando”) para decorrer da melhor forma (“estiver a correr muito bem, continua-se com o mesmo tipo de material”).

A subcategoria **“Rotina do sujeito durante a semana”** é direcionada especificamente à EE, pois o seu contexto diário é em casa. Neste sentido, a EE relata que a “Maria” acorda cedo (“Levantar às 7h30”) e há toda uma rotina diária desde pequenos gestos após o acordar (“há os abraços e os mimos”), respeitar o seu ritmo (“eles precisam muito tempo para compreender o que se tem de fazer, o tempo é escasso”; “dou tempo para ela e preparo as coisas para o dia”). Por vezes a “Maria” colabora (“há dias que colabora, e eu para não a contrariar, pergunto”). Depois quando sai da sala da instituição, a rotina é de se despedir e preparar-se para sair (“Ela diz “Chau” e vamos vestir o casaco e trocar sapatos”; “ela tem que ir ao colo, desde o vestir o casaco até ao fundo das escadas”). “Para a EE, “É muito complicado”.



No que se refere à subcategoria **“Interesses e motivações do sujeito”**, a TIP confirma que o interesse de “Maria” são os “jogos”, “espelho”, “bola”, de “cantar”, mas “desenhar, não mostra muito interesse”. A ET diz que os interesses do sujeito vão ao encontro da música (“adora ver músicas com coreografias”), “garagem” e jogos de mesa (“piquinhos”; “encaixes”) e demonstra interesse por “cores”. Perante as questões à TF, é fundamental “perceber o que ela gosta”: são os “números”, “os animais”, “a comida” e letras (“funcionam com as letras”). O interesse pelas “cores” é do conhecimento da TF e da ET. Na opinião da EE e da ET, “Maria” “gosta muito de música”. Já a EE refere que “ter música na escola, ajuda a desenvolver as competências da criança”. A sua filha gosta muito de cor de rosa (“Ela gosta muito do “Rossa””), “gosta de camisola com bonecos que conheça” e de fazer sons com objetos (“tinha muito o bater (pum, pum, pum)”).

Quanto à subcategoria **“Estereotípias do sujeito”**, são identificadas diversas, mas em comum temos a opinião da ET e TF, quando se referem que a “Maria” “vai para o espelho e senta-se a fazer ritmada”. A ET declara que a criança tende a isolar-se (“dela se isolar”), tem “um olhar vago” e “torce os olhos (...) a olhar para cima e para baixo, e está naquele ritmo”, “gosta muito de encaixes” e de “folhear os livros”. Como estereotípias, a TIP identifica nos momentos do jogo (“jogos: pega em todas as peças e faz (...) faz este ritual em todas as peças”) e de higiene (“limpa as mãos, e a seguir a cara, sempre”). É como é referido pela TF, outros comportamentos são caracterizados como estereotípias, como na arrumação do material (“ainda obsessiva a arrumar o material”; “organizava sempre da mesma maneira as peças”), forma de brincar (“brincava com fitinhas”) e movimentos corporais (“abanava”).

As subcategorias **“Sono”**, **“Alimentação”** e **“Medicação”** são somente direcionadas à EE. A subcategoria **“Sono”**, a EE que refere que diversas experiências foram feitas devido à dificuldade sentida pelo sujeito para adormecer (“Fizemos várias experiências para a deitar mais cedo”), pois “ela acordava sempre à noite”, agora “vai para a cama às 10h ou 10h30”. Caso a “Maria” acorde, os pais têm que ir ter com a sua filha (“ela acordar e temos necessidade de ir ter com ela”), e verificou-se melhoras (“Agora dorme bem, geralmente, o pai ou eu é que vamos ter com ela”; “agora aceita, e saímos de lá em pezinhos de lá”).

Também a subcategoria **“Alimentação”**, a EE relata que sua filha tem uma dieta (“ela está a fazer uma dieta sem laticínios e sem glúten, sem soja”; “dieta quase à dois anos”), na qual sente alterações (“Parece diminuir aqueles comportamentos indesejáveis”) e refere que “tudo articulado, obtemos resultados positivos”.

Quanto à subcategoria **“Medicação”**, a EE não é a favor (“Na minha opinião, não! Nem quero que ela tome qualquer tipo de medicação”), ou seja, a “Maria” não toma qualquer medicação.

Questionámos a ET e a EE para caracterizarmos a subcategoria **“Comportamentos do sujeito no período das refeições”**. A ET confirma que tem muitas variações, tanto no comportamento (“conforme a refeição”; “Tem dias de pegar no talher e comer sozinha”; “o adulto a dar a refeição, ela rejeita”; “Ela deita-se na cadeira”), como na prática (“o talher tem muita dificuldade em usar”; “Fica sentadinha”; “eu tenho medo (...) colocamos a comida com uma colher”). A EE refere que os comportamentos de “Maria” em casa nem sempre são fáceis, “Uns dias positivos, outros dias negativos”, e “em casa foge da mesa”.

Na subcategoria **“Controlo de esfíncter”**, são somente a EE e a ET que relatam a sua opinião. Ambas não apresentam o mesmo ponto de vista. A EE considera que “Maria” controla os esfíncteres (“Sim”), mas aceita que “há dias que as coisas não correm bem”, “muitos dias é positivo” o resultado. É de acordo que tem de haver um trabalho mútuo com a escola (“é outro trabalho que está a ser feito na escola e em casa”). Na opinião da ET, o sujeito ainda não controla os esfíncteres (“não pede nem vais sozinha”; “ela faz, mas temos que ser nós adultos a solicitar”; “cocó (...) faz sempre na cueca”; “faz na sanita, é porque por acaso”).

A Dimensão cinco é respeitante à **“Terapia *Snoezelen*, na perspetiva do entrevistado”** (quadro 8). Quanto à subcategoria **“Conhecimento sobre a terapia *Snoezelen*”**, a EE afirma que “é uma terapia”; a TF tem conhecimentos sobre a terapia (“sei o que é”), e a ET e TIP consideram que conhecem “muito pouco” sobre o tema referido. É de salientar que a ET, TF e EE referem que “tem a ver com a estimulação dos sentidos, as cores, as luzes”. A EE considera uma “terapia complementar” e “não uma terapia que cura”. A TF acrescenta que a terapia *Snoezelen* pretende “estimular os sentidos primários de modo a dar prazer e relaxar”. Em resumo, a Terapia *Snoezelen* ainda é pouco conhecida e divulgada no seio escolar, por parte dos técnicos. A TF é a técnica com maiores conhecimentos sobre a Terapia *Snoezelen*, enquanto a EE tem como ponto de vista que a esta terapia não cura a PEA, mas pode ser um complemento.

Na subcategoria **“Contacto ou opinião sobre a terapia *Snoezelen*”**, a TIP não tem qualquer contacto com esta terapia (“Não, não tenho”); a ET tem a sua opinião (“Sim, tenho opinião”), enquanto a TF e a EE têm algum contacto com a terapia *Snoezelen* (“Sim, tenho”). Mas, a TF também refere o que sabe nada sobre a terapia (“sobre a terapia propriamente dita, eu não sei”; “nunca observei uma sessão de terapia *Snoezelen*”; “tenho uma ideia como funciona”; “muito organizada como terapia”;

“relaxamento em grupo”; “na prática nunca trabalhei”; “sei o que se faz”), mas a sua opinião é positiva (“Cheguei a ver crianças a explorar a sala”). A EE refere que já teve esta experiência com a sua filha (“ela já fez *Snoezelen* comigo”), tendo a sua própria opinião (“noto que ela fica mais sossegada, mais apaziguada, mais relaxada”; “mas o *Snoezelen* não interfere, não vai alterar (...) se estiver a fazer uma crise, ela não deixa de fazer”; “quem lidar com elas, nota-se uma alteração no comportamento”; “ela pode vir a ficar mais calma”). A EE assistiu a um programa de televisão (“reportagem na televisão que falou desta terapia”), onde tomou conhecimento como funciona a terapia.

A informação cedida pela ET, é que não tem qualquer contacto (“contacto não tenho”), a sua opinião é concedida através de experiências de outras colegas (“algumas colegas que já foram como os grupos de crianças”; “acho que foi muito positivo”). A TIP tem a sua opinião como funciona a terapia *Snoezelen* (“mas imagino...exercícios de ioga”; “estão ali deitadinhos ou sentados e a terapeuta (...) faz exercícios com vários materiais sensoriais que apelam aos sentidos”; “não sei se é uma terapeuta ocupacional”; “para as crianças ficarem mais calmas”). Em geral, as inquiridas têm noção geral do que é a terapia *Snoezelen*, porém o contato nesse contexto é inexistente, exceto a EE, ao afirmar que “ela já fez *Snoezelen* comigo”.

Quanto à subcategoria dos **“Benefícios da terapia *Snoezelen* para crianças com PEA”**, em geral os entrevistados consideram importante: A TF diz “eu acredito”; a TIP afirma “Sem dúvida! Eu acho muito importante”; a EE acredita que “sim, que é benéfico”; “Será sempre um complemento de ajuda a outras terapias”; e a ET diz “deve ser proveitoso para estas crianças”).

A TIP concorda que desde tenra idade se deve iniciar a terapia *Snoezelen* em crianças com problemáticas (“quanto mais cedo, não é só desde o jardim de infância, mas é desde bebés”; “inseridas na vida da crianças, desde que seja diagnosticada esta problemática”), de forma gratuita (“deveriam ser terapias gratuitas”); “o Sistema de Saúde permitisse que esta terapia fosse gratuita”), e em todas as escolas (“acho que todas as escolas que tenham autismo deveriam ter essa terapia”).

Para a TF afirma que “é muito válida a experiência” e refere os benefícios (“são estimulados os sentidos”; “têm sensação de prazer”; “aquele nível de relaxamento que é possível obter numa sala assim”; “possível reduzir aquele estado de irritabilidade, de stress que a criança tem constantemente”; “estando mais relaxada...se calhar terá uma atitude diferente nessas situações”). Porém também realça que é importante haver uma continuação no trabalho (“se for feita com alguma consistência”; “se não for pontualmente, os resultados não são os desejados”). Desta forma, é de salientar a

importância de iniciar a Terapia *Snoezelen* desde cedo em crianças com problemáticas, inclusive haver uma continuidade deste trabalho, na tentativa de haver resultados positivos.

Como última subcategoria, apresentamos os resultados dos “**Benefícios da terapia *Snoezelen* para o sujeito**”. Por várias palavras utilizadas pelos quatro elementos envolvidos nas entrevistas, todas referem a palavra “relaxamento”. A ET refere a importância de “Maria” se descontraír (“forma dela se descontraír”) e relaxar (“relaxar, se abstrair de todos os estímulos dentro da sala”). Ou seja, na perspectiva de todas as inquiridas, o Terapia *Snoezelen* proporciona o relaxamento.

Para a TF, para além do relaxamento (“Conseguimos um relaxamento maior”), é de acordo que amplia outros benefícios da terapia *Snoezelen*, tais como: reduzir a irritabilidade (“forma a reduzir essa irritabilidade que ela tem constantemente”; “é possível reduzir aquele estado de irritabilidade”), e haver interação e colaboração (“se conseguisse maior interação (...) ela adira às atividades com outro tipo de atitude, tudo!”; “uma atitude mais positiva”; “acho que sim, que isso é possível”).

Também a TIP amplia os benefícios da terapia, “A nível cognitivo, psicomotor,... em todas as áreas”, “são trabalhados múltiplos estímulos”, o que reflete na criança (“isso vai revelar-se no desenvolvimento da criança”), “mesmo na perceção e concentração”. Na terapia, a criança “vai adquirir momentos de brincadeira lúdica, concentração e descontração”, pois “Estas crianças têm um nível de concentração muito baixo”.

Outro benefício referido pela TIP é a importância do ambiente (“na sala de jardim de infância não temos esses momentos de silêncio”) e a calma para “Maria” (“Calma, muita calma”). A EE, apresenta a sua opinião e defende que, através da terapia *Snoezelen*, a sua filha “pode também ajudar a estar mais relaxada para fazer outras tarefas”, “serve para apaziguar a criança”; “estar num ambiente calmo, sossegado, relaxada, sem ter nada que interferisse”. Outro benefício presente é a identificação do corpo de “Maria” (“aprender a conhecer o seu corpo”), o autoconhecimento. São indicados outros benefícios para além do relaxamento, tais como o desenvolvimento da criança em todas as áreas, maior concentração, calma e momentos lúdicos. É referido a mudança de espaço mais agradável, comparado com o espaço da escola.

Por fim, na dimensão seis apresentamos os “**Dados de carácter complementar**” (Quadro 9), por parte dos inquiridos. Por unanimidade, todas as inquiridas responderam que “não” gostariam de salientar mais nada, porém surgiram alguns comentários por parte da TF e da ET. Neste sentido, foi adicionado pela TF que “É uma abordagem

interdisciplinar que se pretende, daí a importância dessa experiência”, e “é muito válida esta experiência”. A ET refere a importância da continuação desta terapia, se os resultados forem positivos (“Se tivesse resultados positivos (...) importante a mãe continuar com estas terapias”), e espera que a experiência seja benéfica para a “Maria” (“Espero que as sessões (...) sejam benéficas de forma a estar mais calma...”).

No **Bloco 2**, apresentamos os resultados obtidos nas entrevistas após a intervenção (Apêndice D).

A dimensão um, diz respeito aos dados que da **“Descrição do sujeito pelo entrevistado”** (Quadro 10). Na subcategoria **“Caracterização do sujeito”**, a EE refere que sentiu diferenças na sua filha, após as sessões de *Snoezelen* (“Houve alterações”; “veio a revelar-se que ela adormecia com mais facilidade”; “vinha mais calma”; “Quando contrariada, tinha reação diferente”). Porém também realça que “na personalidade, não se notou qualquer alteração”. As alterações sentidas pela EE não são na personalidade, mas sim no comportamento da filha.

Ao que se refere à subcategoria **“Dificuldades e facilidades sentidas na prática profissional com o sujeito”**, a ET e a TIP afirmam que a “Maria” após as sessões de *Snoezelen* “vem mais calma” e “mais concentrada no que está a fazer”. Para a ET, a “Maria” continua a isolar-se (“brinca isoladamente sempre”), mas revela determinadas facilidades por si sentidas, no contexto de sala: acata melhor as instruções (“aceita as nossas instruções”), “consegue executar uma tarefa: um jogo” e “ela não resiste tanto quando é contrariada”. A TIP salienta que “as dificuldades mantiveram-se”, mas surgem visíveis “alterações positivas no comportamento”, “houve ali evolução a nível de comportamento”, pois “Era impensável estar ali quietinha”, “estava no mundo dela”. Refere que após as sessões, reduziram as birras (“não fazia as birras”) e “aderia mais facilmente nas tarefas”. Para a TIP, “a terapia deveria permanecer o tempo todo”.

Para a TF, as “dificuldades regrediram”, “notou-se” diferenças em determinadas situações: a “Maria” está “mais *Zen*”, “mais relaxada”, o “comportamento de oposição notou-se diferença”, “Reduziram as birras”, está “sem tanto sentimento de recusa... acabava sempre de fazer aquilo que era pedido”, e “reagia sempre de forma negativa (...) notou-se melhoras”. Todas as inquiridas referem pontos positivos no comportamento da criança, após a intervenção, especialmente na redução de birras, adere com mais facilidade nas atividades/tarefas propostas, quando contrariada demonstra menos resistência ao adulto, “Maria” está mais calma e concentrada.

Quanto à subcategoria “**Alterações na metodologia de trabalho**”, todas as técnicas afirmam não ter surgido qualquer alteração (ET, TIP, TF). A TF acrescentou que deu continuidade do trabalho que estava a ser feito.

Na subcategoria “**Alterações na rotina do sujeito**”, também se verifica que não surgem alterações por parte das técnicas (TF, TIP, ET) nem da EE (“sempre igual”), em contexto de casa. A ET refere que as saídas da “Maria” para as sessões também não fizeram qualquer diferença na rotina, pois o horário coincidia com o momento de pausa das crianças, após o almoço (“Ela fez as sessões no momento (...) grupo está em pausa”). Tanto a rotina como a metodologia de trabalho pelas técnicas não apresenta qualquer alteração durante a intervenção.

Na Dimensão dois, a categoria debruça-se sobre a “**Comunicação na PEA, relativamente ao sujeito**” (Quadro 11). Na análise da subcategoria “**Alterações na comunicação do sujeito**” a TIP e a ET afirmam que “não” sentiram alterações, em contrapartida, a TF disse que “sim”, e a EE também verificou algo (“nós estamos a notar que ela está a começar a fazer frases, mas não sei se tem a ver com a terapia *Snoezelen*”). A TF ainda relata que “notou-se em termos de comunicação porque melhorou a interação”, “passou a cumprir ordens que não cumpria”, “pequenas orientações, que antes reagia mal”. Também realça que “começou a apontar, juntar as imagens”, “começou-se a perceber que ela compreendia”, e “demonstrou que compreendia ordens”.

A ET acrescenta que “Maria” após as sessões de *Snoezelen*, “nos dias das terapias, noto que ela não está tão virada para implicar”, está “mais no mundo dela”, e “está no mundo dela, calma (...)”. Não desafia tanto dos colegas, porque tinha tendência de ir estragar” as construções. Essencialmente na comunicação não houve qualquer melhoria, exceto TF que defende melhoria nesta área devido à interação e melhoria no seu comportamento, mostrando também que “Maria” compreende ordens. A alteração positiva no comportamento, leva a maior interação da criança, que por sua vez, reflete na melhoria da comunicação.

Perante a subcategoria “**Opinião da importância de continuidade de terapia de *Snoezelen***”, na opinião da ET não houve alterações na comunicação (“Na comunicação, não vi qualquer alteração”), sente é a “Maria” mais “calma (...) com foco maior de atenção”. Porém, a EE e TIP (“Sim”) concordam da continuação da terapia para desenvolver a comunicação. A TF defende que é “importante continuar a experiência”, para verificar a validade da terapia (“ver se teve a ver com a situação ou não, ou se foi mera coincidência”; “prolongar temos mais a certeza que funcionou, resultou com ela”),



porque a “Maria” teve “numa fase boa”. Quanto à TIP, considera curto o período de experiência (“Pouquinho tempo”; “Doze sessões, é como um adaptar”; “já estava adaptada, tinha que haver continuidade”; “talvez mais doze sessões iríamos notar mais e mais na comunicação”).

Para a EE, como referimos anteriormente, notou diferenças (“notamos (...) a fazer frases”; Ela tem vocabulário, mas já fazia frases (...) notei que é recente”), mas tem dúvida se é devido à terapia (“não sei se tem a ver com a terapia”). Para a EE é importante haver uma continuação, mas depende de fatores (“(...) parte económica, a disponibilidade de tempo”), mas “Atualmente não digo que não seja possível”. Todos os inquiridos sentiram desenvolvimento na linguagem, exceto a ET, o que é proposto haver continuação de terapia para verificar a veracidade dos resultados. Há opinião que a experiência de doze sessões é considerada curta, o que revela a importância da continuidade da frequência da Terapia *Snoezelen*, para verificação dos seus benefícios na área da comunicação.

Para conferir a categoria **“Interação Social na PEA, relativamente ao sujeito”** (Quadro 12), temos a dimensão três. Na subcategoria **“Alterações na interação entre o sujeito e os pares”**, de “Maria” após as sessões de *Snoezelen*, a ET e TIP expressam que “Não” houve alterações”. A TIP refere “Não notei assim muito”, “Não notei que tivesse assim uma evolução a nível da interação”, pois o “trabalho mais individualizado”, e é no período da tarde que está com a “Maria” (“estou com ela no período da tarde (...) está mais cansada”; “se calhar no período da manhã (...) poderia notar isso”). Com outra opinião, surge a TF, porque acrescenta que “acho que sim”, “tem tudo para se notar”. As birras reduziram (“reduzir as birras, está mais desperta para uma interação”). Como trabalha individual, fora de contexto de sala, explica que “é só mesmo quando a vou buscar, mas é possível que sim”. Não se verifica alterações na interação entre o sujeito e os pares, mas a TF acredita que seja possível.

Para verificar a subcategoria **“Alterações na interação entre sujeito e os adultos”**, a resposta por parte da ET e TIP é negativa (“Não”), o que contradiz a opinião da TF (“Sim”). A TF explica que “ela passou a aderir melhor”, e “não se impor a tudo o que é pedido, melhora a interação”. Neste sentido, leva-nos a acreditar que, devido à melhoria no comportamento de “Maria”, influencia a sua interação com o adulto.

Na subcategoria **“Alterações na relação entre o sujeito e outras crianças”**, a ET afirma que “Não”.

Após analisar as respostas às questões da EE na subcategoria **“Alterações na relação entre o sujeito e a família”**, verificou-se alterações (“Sim”; “Notei mais interação”; “já está a interagir mais connosco”; “tem vindo a melhorar”), mas transmite incerteza (“não posso afirmar se seja por causa da terapia”; “quem sabe se o *Snoezelen* está a contribuir para ajudar a desenvolver”), porque “são muitas coisas juntas”. A EE indica-nos que, sentiu melhorias na interação na família, mas devido às diversas terapias e dieta da sua filha, o resultado da melhoria pode não ser devido à Terapia *Snoezelen*.

A Dimensão quatro limita-se a representar o **“Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas na PEA, relativamente ao sujeito”** (Quadro 13), após as sessões de *Snoezelen*. Quanto à subcategoria **“Alterações nos comportamentos desajustados”**, a ET confirma que há melhorias do comportamento de “Maria”, após frequência das sessões de *Snoezelen* (“vem das sessões, tolera melhor tudo”; “idas à casa de banho (...) aceita ir, mesmo que não faça nada”). Também a EE afirma que “Sim”.

Para a TF, é de acordo que surgiu melhorias no comportamento (“comportamentos de oposição... notou-se”; “vinha mais calma, menos ansiosa”; “em relação aquilo que é solicitado (...) nesse aspeto melhorou”; “não manda brinquedos para o chão (...) nunca mais aconteceu”). A TIP exprime alterações positivas (“notei”; “mais calma”; “notou-se uma calma diferente”; “colabora muito mais e aceita”; “não fazer essas birras”), essencialmente em trabalho individualizado (“Em grande grupo, não posso avaliar muito, mas em individual sim”). Todas as inquiridas sentiram melhorias nos comportamentos desajustados de “Maria”.

Segundo o estudo das respostas das questões da subcategoria **“Alterações nos comportamentos do sujeito”**, a resposta é “Sim”, para a TIP, a EE e a ET, estando também “mais calma” (ET, TIP, EE). Houve melhoria nas birras, segundo a TIP e a TF (“não faz aquelas birras”). Podemos dizer que sim, verificámos alterações nos comportamentos do sujeito.

A ET Acrescenta que não provoca tanto os colegas (“não provoca os colegas”; “estragar e destruir as construções dos colegas (...) após as sessões, ela vem mais descontrainda”; “destruir (...) não faz com tanta frequência”), mas continua no seu mundo (“está no mundinho dela”; “sozinha”). Para a TF, ao trabalhar individualmente, a postura da “Maria” após as sessões demonstrava alterações (“não se opunha”; “calminha na cadeira”; “vinha calma demais que fazia com que ficasse mais alheia, podíamos falar, falar, e ela estava a entoar canções no mundo dela”; “seguir “chamá-la” e tentar trazer ao nosso mundo”), mas o certo é que demonstrava estar bem (“trazia sensação de bem estar”). A



TIP refere ainda que verifica as alterações é essencialmente no trabalho individual (“trabalho individual... noto mais”), está “mais recetiva”. Na opinião de EE também é de acordo que a sua filha “Maria” após as sessões revela alterações (“nota-se pequenas alterações”; “apaziguada”; “mais tranquila”; “adormece com mais facilidade”), porém refere que, caso surja quebra de rotina, a família sente (“quando não há quebra de rotina das sessões, notamos”; “sessões contínuas, notamos só melhorias”).

Todas as inquiridas realçam melhorias no comportamento após a terapia *Snoezelen*, porém é de salientar que, quando se verifica quebra de rotina na frequência da mesma, as melhorias nos resultados não são notórios. Um aspeto a salientar por parte da TF é que, após a terapia, a “Maria” por vezes transmite bem-estar, e também calma demais.

Na subcategoria “**Alterações nos interesses e motivações do sujeito**”, nenhum dos inquiridos notou qualquer alteração nos interesses e motivações de “Maria” (“Não” (ET,TIP,EE); “Não noto diferença” (TIP,TF); “Não houve alterações”(TF)). Ou seja, as motivações e interesses do sujeito não sofreram alterações.

Quanto às estereotipias, na subcategoria “**Alterações nas estereotipias do sujeito**”, a TIP refere que não sentiu alterações (“não”), nem a TF (“não notei”). Mas a EE e a ET referem que houve melhorias por parte de “Maria” (“Ela já não... está tão focada” (ET); “algum tempo ela não faz estas estereotipias” (ET); “não desapareceram, mas não é como era” (EE). Porém, a ET transmite incerteza, ao afirmar “Não sei se tem a ver com estas terapias”. Perante as estereotipias, as alterações são sentidas pelas EE e ET, surge diminuição, porém a ET refere incerteza se será devido à Terapia *Snoezelen*.

Somente direcionada à EE, na subcategoria “**Alterações no período de sono do sujeito**”, verifica-se alterações (“Estava mais calma”; “relaxada”; “apaziguada”; “um estado de espírito diferente”), porém procura o contato com os pais (“procura aconchego do colo do pai e da mãe no sofá”). Durante a noite tornou-se mais facilitada para a EE (“À noite notava”; “adormece com mais facilidade”; “acorda ao meio da noite, ela aceita-nos e adormece logo”). Verifica-se melhoria significativa no período do sono.

Perante a subcategoria “**Comportamentos do sujeito no período das refeições**”, as respostas referidas pela ET e a EE são iguais, ambas concordam que não sentem qualquer alteração (“não noto alteração nenhuma”).

A subcategoria “**Alterações no controlo do esfíncter**”, as opiniões são contraditórias, pois a ET afirma que “não”, enquanto a EE refere que “tem vindo a melhorar”. É de salientar que, a EE aponta para a incerteza, quando diz “não sei se é do *Snoezelen*”.

Consideramos que a fase do controlo de esfíncter ainda decorre, o que a avaliação desta subcategoria é inconclusiva.

Como dimensão cinco, apresentamos a **“Terapia *Snoezelen* na perspetiva do entrevistado”** (Quadro 14), após a intervenção do sujeito. Como primeira subcategoria, apresentamos a **“Opinião sobre a terapia *Snoezelen*”**, na qual a ET acredita que a Terapia *Snoezelen* “ajuda a desenvolver os comportamentos”, “devem ser sessões que promovem o relaxamento”. Perante a experiência da TF, considera uma “experiência positiva”, que “possivelmente surgiu efeito”, pois “conseguem descontraír e relaxar (...) trará calma, sem *stress*”.

A TIP define como uma “terapia sensacional”, e propõe uma mudança nos tempos de hoje, ou seja, a oportunidade da terapia *Snoezelen* ser usufruída também por outras crianças (“muito importante para todas as crianças problemáticas e com esta perturbação”; “não é só para crianças com autismo”; “até mesmo para crianças com problemas comportamentais”), e ser incluída no Plano nacional de Saúde (“devia ser inserido no Plano Nacional de Saúde”; “devia ser terapia grátis para todas as crianças”). Para a EE, os resultados obtidos foram surpreendentes (“surpreendeu”), e “houve alterações”. Na sua opinião, a “Maria” necessita de terapia *Snoezelen* (“sinto que “Maria” tem saudades das sessões”; “ela tem mesmo necessidade de *Snoezelen*”), para o seu bem-estar (“via a alegria e bem estar que ela teve em fazer, nota-se que ela pede”; “agora estou numa de experimentar”).

A opinião sobre a Terapia *Snoezelen* na perspetiva do entrevistado é bastante positiva, o que nos leva a crer que, para além da experiência ser favorável para a criança, também reflete pontos positivos em todos aqueles que se envolvem diretamente com a criança. A EE sente que a sua filha necessita da Terapia *Snoezelen*, e a TIP considera benéfica também para outras crianças, não somente para crianças com PEA. Para tal, deveria estar disponível em todas as escolas e ser incluído no Plano de Saúde.

Quanto à subcategoria **“Benefícios da terapia no sujeito, nas áreas da comunicação, interação social e nos comportamentos”** após as sessões de *Snoezelen*, através de diversas palavras, todos os inquiridos concordam que há benefícios desta terapia (“Sim” (EE); “penso que sim” (ET, TF); “É benéfico” (ET, TIP); “importante mesmo” (TIP)). A TF defende que torna a criança mais recetiva (“fica mais desperta ao que o adulto diz”) e “melhorando a interação e socialização, também melhora a comunicação”. A TIP acrescenta que “certamente a mãe terá sentido diferença no comportamento”, mas a mãe pode não ter capacidade financeira para suportar esta terapia (“mãe não ter capacidades económicas”), mas é importante, pois “melhora a interação”. Outros benefícios são

considerados possíveis em todas as áreas, que reflete na vida social e familiar da criança. A calma leva a uma mudança na personalidade de “Maria”.

Na subcategoria “**Outros benefícios da terapia *Snoezelen* para o sujeito**”, a TF e a EE atestam que existem outros benefícios (“Acho que sim”). Também a TIP exprime a sua opinião como sim (“influencia-lhe em todos os campos”; “assume regras, o que faz reflexo na vida social, na família... em tudo”), essencialmente na sua personalidade (“isto altera a personalidade”; “Na personalidade dela”; “ser uma pessoa mais calma”). Em contrapartida, a ET refere que não sabe responder (“Não sei responder”). Como benefícios, a terapia *Snoezelen* também reflete na vida familiar, social e pessoal da criança.

A subcategoria “**Continuação em usufruir as terapias de *Snoezelen***” foi direcionada somente à EE, na qual demonstra que futuramente gostaria que a sua filha continuasse a frequentar a terapia (“Sim”; “Ela precisa”; “Já falei com ela, e expliquei por palavras simples”; “eu sinto que ela gosta”; “vamos fazer maneira com que ela consiga ter, mas me condições diferentes”), também para benefício de outras crianças no Agrupamento (“gostaria mesmo (...) Agrupamento de Escolas onde será inserida tivesse um cantinho de *Snoezelen*, mas não só para ela”). A EE pretende dar continuidade na terapia, como também revela importância da escola ter este espaço, para a sua filha e outras crianças.

Por último, apresentamos a subcategoria “**Recomendações de terapia de *Snoezelen***”, onde são referidos opiniões das entrevistadas. Por unanimidade, todas as envolvidas nas entrevistas disseram “Sim”, quanto recomendar esta terapia. A ET e a TF recomendariam também a crianças hiperativas (“Recomendaria (...) hiperatividade”). A EE tenta divulgar (“tento divulgar”), mas também é de acordo que outras pessoas beneficiariam desta terapia (“Às crianças e adultos que são portadores de Espectro do Autismo, a pessoas com *Alzheimer*, pessoas com Demência, pessoas que sintam que precisam desabafar com alguém (como um psicólogo) ”. Também a TIP dá a conhecer a terapia a colegas (“até já fiz recomendações a colegas que acompanham crianças com perturbações”), pois “é bom para toda a gente”, essencialmente para “pessoas que tenham problemáticas de sono, ansiedade, *stress*”. Considera que é “Espaço com momento de descontração e de estimulação”. Através da EE e da TIP, verifica-se interesse em divulgar a terapia *Snoezelen*, o que proporciona aspetos positivos para a comunidade e no contexto escolar.

Por parte da TF, a sua opinião refere para que recomendaria a crianças com perturbações (“autistas”, “meninos com comportamentos desajustados”; “crianças com problemas mentais;”) e não só (“a todos os meninos e adultos no geral”; “a todos que

passam pela necessidade de relaxamento”). Para a ET, recomendaria a terapia, pelos seus benefícios (“só tem vantagens”) e não tem conhecimento de efeitos negativos (“não se conhece efeitos negativos”, “não há inconvenientes”). Também na sua opinião, “qualquer pessoa pode fazer”, e recomendaria no caso de crianças com determinadas características (“hiperatividade, défice de atenção e concentração”).

As recomendações da frequência da terapia *Snoezelen* são especialmente para as crianças com perturbações e indivíduos com Alzheimer e Demência, mas salientamos que qualquer pessoa pode frequentar.

Para finalizar a apresentação dos resultados, estão presentes na dimensão seis, designada como **“Dados de carácter complementar”** (Quadro 15). A EE demonstra esperança que este projeto se desenvolva no concelho da Lourinhã (“espero que este projeto ganhe asas e se expanda”; “muito orgulho se isto na Lourinhã estivesse a crescer”). Para a ET, esta experiência tem sido muito positiva (“é muito positivo”; “tem trazido mais paz”; “acho que tem feito bem à “Maria”).

Por fim, a TIP salienta a importância e apoio desta terapia na vida familiar (“importante não só para estas crianças, é (...) família”; “família é bombardeada com uma doença destas”; “médicos dizem que compreendem...não, não compreendem”), e solicita ajuda (“alguém devia fazer (não sei quem) com que estas terapias fossem mais divulgadas”), sugerindo uma Petição (“uma petição para (...) incluída no Sistema Nacional de Saúde”).

#### **4.1.2. Análise de dados das fichas de registo das sessões de *Snoezelen*.**

As sessões inicialmente são planeadas para concretização de três vezes semanalmente, mas por motivos de doença do sujeito e imprevistos por parte da disponibilidade da sala de *Snoezelen*, houve necessidade de alterações. Por esta razão, as sessões são realizadas duas, três e quatro vezes por semana, sempre no mesmo horário, mais concretamente das 13h às 14h.

Ao concluir cada sessão da intervenção, cabe ao investigador preencher a respetiva Ficha de Registo de sessões de *Snoezelen*. Remetendo ao Apêndice G, são registados os seguintes dados:

Quanto à participação do sujeito, somente na sessão quatro não participou, por questões de doença. Em contrapartida, ao longo das restantes sessões, verifica-se em geral que, “Maria” participa ativamente nas atividades, quando estimulada.

É visível que, o estado emocional do sujeito é essencialmente “contente” e “relaxado”, o que apresenta respetivamente onze e nove frequências ao longo das sessões. Salientamos que surge somente um período “sem interesse” e “triste” na quarta sessão, por motivos de doença. “Contrariada” o sujeito apresentou somente um episódio. Ao registar somente um episódio de contradição por parte da “Maria” pressupõe-se que, quando a criança se sente bem num espaço, é possível que o seu comportamento também seja melhor.

Na interação, o sujeito “mostra o que quer”, verifica-se o registo de “comunicação” durante dez sessões, e “imita o adulto” com frequência, mais precisamente com nove registos. Em contrapartida, não se verifica qualquer momento que ignore o adulto. Ao longo das sessões, o contato visual foi muito reduzido (duas vezes), mas em compensação verifica-se interação, colaboração e muita comunicação entre o sujeito e a investigadora.

Durante todo o trabalho de campo, para além do leque de materiais existentes e disponíveis na sala, a investigadora explora os sentidos do sujeito, utilizando materiais do quotidiano e criados por si, na qual são incluídos no item “outros”. Dos materiais disponíveis na sala, os que revelam maior utilidade e interesse são o “colchão de água”, “fibra ótica”, “outros” e as “colunas de água”. No entanto, pouca exploração surge nos “livros”, “brinquedos” e “instrumentos musicais”.

Quanto aos sentidos, o sujeito explorou na totalidade das sessões o “tato e o movimento”, a “visão” e a “audição”. Com nove registos, verificou-se o “olfato”, e em contrapartida, o “paladar” não foi explorado.

#### **4.1.3. Análise de dados da pesquisa documental.**

Remetendo ao Apêndice H, visualizamos alguns dos documentos inerentes ao sujeito, onde relacionamos os dados do Relatório elaborado pela terapeuta da fala em 2015 (Anexo A), os dados da Avaliação do Plano Individual elaborada pela educadora titular em 2016 (Anexo C) e o PEI do ano letivo 2016/ 2017 (Anexo D), embora tenham sido produzidos em diferentes anos.

Quanto à categoria da “**Comunicação**”, o PEI e o relatório da terapeuta da fala, ambos referem que a “Maria” “reage ao seu nome, embora nem sempre”. Tem “dificuldade em compreender ordens simples” e “demonstra “dificuldades em cumpri-las”. Concordam também que verifica-se um grande comprometimento na Expressão verbal oral por parte de “Maria”, mas revela que “tenta repetir consequências de sons.”

Segundo os Anexos A e C, na categoria “**Relacionamento Interpessoal**”, há registo de “Maria” ser uma “criança meiga e carinhosa”. Porém, o PEI (Anexo D) refere que o seu comportamento é desafiador, agressivo e mostra comportamentos repetitivos, e em contrapartida, o sujeito de estudo “gosta de beijos e abraços”. A educadora titular Transmite um bom relacionamento do sujeito com crianças e adultos (Anexo C), mas segundo o PEI (Anexo D), tem dificuldade em partilhar brinquedos.

Na categoria “**Participação Social**”, os Anexos A e C referem que há “pouco interesse nas atividades”. Há a necessidade da presença do adulto (Anexos C e D), e os momentos de atenção são curtos (Anexos A e D). A “Maria faz birras com frequência, e imita comportamentos de pares (Anexo D).

Ao verificar a categoria “**Aprendizagem**”, a “Maria” come sozinha com a colher (Anexos C e D), e sabe beber sem dificuldade, e lava as mãos (Anexo D). Também “conta até dez” (Anexos A e D) e revela interesse por jogos (Anexo C), mais precisamente os jogos de encaixe, lotos, *puzzles*, enfiamentos (Anexo D). Há registo que a criança controla os esfíncteres (Anexo D), mas para a Educadora Titular, ainda “está a fazer o treino de controlo de esfíncter” (Anexo C).

## **5. Discussão dos Resultados**

O presente trabalho centra-se em compreender se existem alterações no comportamento de uma criança com Perturbação do Espectro do Autismo (essencialmente nas áreas da Comunicação, Interação Social e Comportamento), após a intervenção da Terapia de *Snoezelen*. Neste sentido, pretendemos encontrar resposta à questão de partida do nosso trabalho: Será que a Terapia *Snoezelen* - Estimulação Multissensorial – pode contribuir para minimizar os problemas de comportamento de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo?

Na tentativa de encontrar respostas, são vários os instrumentos utilizados no decorrer da pesquisa, referimo-nos à análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas efetuadas às técnicas (terapeuta da fala, técnica de Intervenção Precoce e educadora titular) e à encarregada de educação do sujeito, antes e após a intervenção. Outros instrumentos fundamentais são também a análise de conteúdo da pesquisa documental e a análise de conteúdo das fichas de registo das doze sessões de *Snoezelen*. Desta forma, pretendemos constatar se os objetivos são atingidos, confrontando os resultados com as pesquisas referidas na fundamentação teórica.

Perante as características das crianças com PEA, encaramos a Terapia *Snoezelen* como um método adequado, corroborando assim com a visão de Pinkney (1999, citado por Sánchez & Abreu, 2010), que refere inúmeros benefícios da terapia, tais como o relaxamento, o desenvolvimento da comunicação, aumento da concentração, entre outros. Cooke (2012, citado por Araújo, 2015), afirma que a terapia *Snoezelen* é adequada para indivíduos com problemáticas, inclusive na PEA, comprovando com resultados positivos, o que corrobora a importância da terapia *Snoezelen* em crianças com PEA.

Os objetivos principais da Terapia *Snoezelen* apresentados por Pinkney (1999, citado por Sánchez & Abreu, 2010) são baseados na criação de um ambiente estimulante que proporcione ao indivíduo o incentivo na exploração do espaço em segurança, onde é possível o relaxamento físico e mental. Ao longo do trabalho de campo, o investigador propõe essencialmente atividades numa vertente de relaxamento e escolha livre. O sujeito é inserido num espaço estimulante e seguro, é convidado a participar nas atividades propostas, com o intuito do seu bem-estar e relaxamento, o que valida a opinião expressa por Martins (2011). Baseados neste pressuposto confirmamos a necessidade de um ambiente que permita o indivíduo sentir capacidade de fazer as suas



próprias escolhas, usufruir o espaço rico em estímulos sensoriais, procurando essencialmente a segurança e bem-estar próprio.

Após a intervenção, os resultados obtidos na área da Comunicação revelam pouco notórios, no ponto de vista da técnica de Intervenção Precoce e da educadora titular, não sentiram qualquer alteração no sujeito. Em contrapartida, a terapeuta da fala e a encarregada de educação realçam que verificam melhorias na Comunicação, devido a maior interação. Nas palavras de Sella (2008), o *Snoezelen* promove um desenvolvimento na comunicação verbal, incentiva a interação e promove a comunicação partilhada, entre outras. Neste ponto de vista, através do estudo, concordamos com o referido autor. Após a intervenção, o sujeito revela maior facilidade em cumprir pedidos solicitados pelos adultos e demonstra maior compreensão, não desafia tanto os colegas, o foco de concentração é maior e está mais calma.

Realçamos que a encarregada de educação expõe algumas dúvidas da melhoria de sua filha, pois pondera os resultados serem simplesmente coincidência. Neste sentido, a técnica de Intervenção Precoce e a terapeuta da fala defendem a pertinência da continuidade das sessões da terapia, para verificação dos benefícios da Terapia *Snoezelen* na criança.

Na grelha de análise de conteúdo das fichas das sessões de *Snoezelen*, verificamos que surge com grande frequência a comunicação e a interação entre a investigadora e o sujeito, o que confirma a opinião dos autores Sánchez e Abreu (2010) e Hulsegge e Verheul (1987), quando os autores referem uma das vantagens da terapia é o crescimento e fortalecimento da relação pessoal entre o técnico e o indivíduo. Weert et al. (2005) defendem que através dos sorrisos há melhoria na área da comunicação, verbal e não-verbal, o que se verifica no decorrer das sessões, os momentos de comunicação são vividos com alegria, participação, interação e comunicação não-verbal pelo sujeito.

Não há qualquer registo de momentos do sujeito em ignorar o adulto, porém o contato visual foi muito reduzido. Acima de tudo, conseguimos proporcionar momentos de felicidade e bem-estar à criança, o que corroboramos com a opinião de Martin, Gaffan e Williams (1998, citado por Rozen, s/d), pois consideram fundamental o momento de prazer do indivíduo.

Em suma, podemos afirmar que aferimos a existência de algumas alterações na Comunicação na criança com Perturbação do Espectro do Autismo, finalizadas as sessões de Terapia *Snoezelen*. Logo, acreditamos que a Terapia de *Snoezelen* oferece benefícios para a criança, ou seja, através de uma abordagem sensorial, a terapia *Snoezelen* é



considerada como um instrumento que pretende reforçar a Comunicação e as aprendizagens.

Relativamente à Interação Social, com o cruzamento de informação obtida através das entrevistas, indicam que a educadora titular e a técnica de Intervenção Precoce não verificam alterações nesta área, “Maria” continua a manter uma boa relação com os adultos. Com as crianças, ainda são evidentes as dificuldades em interagir com outras crianças, brinca sozinha no seu mundo, o que corrobora com Nielson (1999), devido ao desinteresse transmitido pelo sujeito perante o outro. A encarregada de educação e a terapeuta da fala não partilham a mesma opinião, ambas asseguram que sentem maior interação por parte da “Maria”, tem apresentado melhorias e aceita de forma mais adequada o que lhe é solicitado, o que leva a uma menor frequência de birras. Porém, a educadora titular refere que a “Maria” abraça qualquer adulto da sala, e a terapeuta da fala destaca que a relação com o sujeito não é privilegiada e diz “se eu fosse outra pessoa diferente teria outra o mesmo tipo de atitude e comportamento”. Mello (2007) assinala este procedimento como uma característica das crianças com PEA, e cita que são indivíduos aparentemente muito afetivos necessitam do contato físico. Estas posturas não diferenciam os indivíduos, lugares ou momentos.

Através dos relatórios das técnicas, o cruzamento dos dados revela que há pouco interesse nas atividades e os momentos de atenção são curtos, e “Maria” tende a imitar comportamentos dos seus pares. Consideramos que a criança em estudo participa com maior interesse, desde que seja do seu agrado, caso contrário, tende a não colaborar da melhor forma. Isto porque, nos registos das sessões de *Snoezelen* é visível que a criança imita o adulto com frequência e o interesse em participar esteve presente diariamente, com exceção de somente uma sessão, por motivos de doença. Seguindo o raciocínio de Sánchez e Abreu (2010), os autores valorizam a utilização da terapia *Snoezelen* para o fortalecimento das relações pessoais entre o acompanhante e a criança. Por outras palavras, se a criança se sentir bem e confortável no espaço, há probabilidade de surgir uma relação e interação com o técnico, proporcionando uma maior participação nas atividades propostas.

Um dos objetivos desta pesquisa é compreender se existem alterações nas disfunções sociais em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, finalizadas as sessões Terapia *Snoezelen*. Os dados levam a considerar que a aluna manifesta uma evolução considerável nesta área, na perspetiva da terapeuta da fala e da encarregada de educação. A criança sentiu prazer e bem-estar durante as sessões, o que é defendido pela AMCIP (s/d) como um benefício, relatando na literatura de referência que a

estimulação dos sentidos primários promove um desenvolvimento intelectual, proporcionada pela sensação de bem-estar, prazer e relaxamento.

Outra área a salientar no estudo é o Comportamento interesses e atividades restritas e repetitivas na PEA, relativamente ao sujeito. Ao visualizar a grelha de análise de conteúdo das Fichas de registo das sessões de *Snoezelen*, há indicação que a criança participa ativamente nas sessões, geralmente num estado de contentamento e relaxamento. Também estas dificuldades foram corroboradas em todas as entrevistas. Por unanimidade, antes da intervenção a “Maria” facilmente faz birras principalmente quando contrariada, como indica Rutter (1978, citado por Bautista, 1997), quando se refere a vários tipos de comportamento: interesses muito restritos e estereotipados (brincadeiras inadequadas), vinculação e preferência a determinados objetos, rituais compulsivos (se surgir quebra na rotina, poderá provocar ansiedade na criança), maneirismos motores estereotipados e repetitivos, preocupação fixa numa parte de determinado objeto e a ansiedade diante de mudanças de ambiente.

No contexto escolar há dificuldades por parte dos técnicos, por imensos motivos: destabiliza o grupo, falta de regras impostas pela família, birras frequentes, e atira as coisas para o chão. Após a intervenção, todos os inquiridos sentiram alterações nos referidos comportamentos da criança: as birras diminuíram, adere com maior facilidade aos pedidos, transmite sensação de bem-estar, não provoca os colegas, está mais calma e não manda brinquedos para o chão. A técnica de Intervenção Precoce refere mesmo que “nota-se uma calma diferente”. Neste sentido, confirmamos a convicção de Pinkney (1999, citado por Sánchez & Abreu, 2010), quando define que o relaxamento físico e mental é um dos objetivos principais do *Snoezelen*.

As técnicas que trabalham individualmente com o sujeito também salientam alterações positivas nos momentos que trabalham individualmente com o sujeito, o que confirma a posição de Shapiro et al. (1997, citado por Lopes et al., 2015), quando este se refere à diminuição da frequência e duração dos comportamentos não adaptativos no *Snoezelen*. Quanto aos interesses e motivações do sujeito e comportamento do sujeito no período das refeições, não se verifica qualquer alteração após finalização das sessões de *Snoezelen*. No sono, a EE sentiu melhorias, essencialmente quando há sessões contínuas: maior relaxamento, “Maria” adormece facilmente e está mais calma.

Perante as estereotipias registadas antes e após a intervenção, a técnica de Intervenção Precoce e a terapeuta da fala não constatarem alterações no sujeito, mas à luz da encarregada de educação e da educadora titular, estas referem que a criança diminuiu a frequência das mesmas, mas ainda estão presentes, o que confirma Matson et al. (2004,

citado por Lopes et al., 2015), quanto à diminuição de estereotípias. Ao averiguarmos a existência de alterações no jogo imaginativo, interesses, atividades restritas e repetitivas em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, finalizadas as sessões Terapia *Snoezelen*, podemos confirmar que são poucas as alterações positivas visíveis nas estereotípias, não corrobora com os estudos de Lopes et al. (2015), pois defendem que a literatura científica que existente comprova a relação da terapia *Snoezelen* com a redução das estereotípias.

De uma forma complementar ao estudo, gostaríamos de salientar que os dados adquiridos através das entrevistas, refletem que nem todos os técnicos têm formação e conhecimentos sobre a PEA e a Terapia *Snoezelen*. E como realça Rozen (s/d), a literatura sobre esta terapia é muito reduzida, especificamente sobre os seus benefícios em crianças com PEA. Com o possível aumento da literatura sobre a terapia *Snoezelen*, ponderamos a possibilidade também no crescimento de interesse e formação dos técnicos.

A técnica de Intervenção Precoce (também é educadora de infância) e a educadora titular têm licenciatura e experiência direta com crianças, em contrapartida, ambas não mencionam qualquer experiência com crianças com PEA. Concluimos que, mesmo com formação académica em Educação de Infância e com experiência, as técnicas podem sentir que não têm habilitações para responder às crianças com necessidades educativas, particularmente às crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

Quanto à escolaridade apresentada pela encarregada de educação (12º de escolaridade) existe a possibilidade dos encarregados de educação não terem qualquer formação sobre a PEA, como também os técnicos. Os técnicos demonstram que, atualmente a formação adquirida sobre a PEA é mínima ou nula. Neste sentido, leva-nos a acreditar que as noções adquiridas são através de experiência. Outro aspeto a referir é que, mesmo sem qualquer formação na área das Necessidades Educativas Especiais, os docentes têm a possibilidade de exercer a função de técnicas de Intervenção Precoce (ELI), com a função de acompanhar as crianças com perturbações. Nenhum inquirido apresenta Especialização, o que representa a ausência de investimento da formação na área da educação. Para minimizar esta situação, sugere-se que a Tutela aposte e incentive na formação dos docentes, para promover qualidade no ensino, que seria um benefício para os docentes e crianças.

Partilhamos a opinião de Mertens (2005, citado por Sánchez & Abreu, 2010), quando defendem que as salas *Snoezelen* estão disponíveis em estruturas escolares, mas seria um passo maior caso surgisse uma expansão de Salas *Snoezelen* em instituições de

saúde, como referem os autores Carmit et al. (2004, citado por Ferreira, 2015). Na entrevista, a técnica de Intervenção Precoce menciona que o Sistema Nacional de Saúde deveria apoiar as crianças com PEA.

Quanto à família, o valor das sessões de Terapias *Snoezelen* são dispendiosas, o que nem sempre é possível nas famílias, neste sentido, é importante a comparticipação do governo nas Terapias *Snoezelen*, como apoiam atualmente outras terapias. Se os valores a suportar são elevados, certamente que a adesão na terapia será escassa.

Após os registos efetuados e a análise pormenorizada dos dados durante a investigação, parece podemos inferir que a Terapia *Snoezelen* é uma ferramenta benéfica para crianças com PEA, que desenvolve diversas potencialidades. Notamos que a evolução de “Maria” após a intervenção é visível, através de mudanças no seu comportamento, o que não se verificava anteriormente à participação da terapia *Snoezelen*. Consideramos as sessões positivas com momentos de bem-estar e lazer sempre presentes, o que melhorou a qualidade de vida da criança com PEA. Também é neste contexto que os autores Hulsegge e Verheul (1987) referem a importância da Terapia *Snoezelen*.

## 6. Conclusão

Nos tempos de hoje é evidente a grande preocupação por parte dos técnicos em promover a qualidade de vida da pessoa com deficiência, através de discussões sobre adequações pedagógicas, terapias e métodos de trabalho. Com a presente investigação, ambicionamos dar a conhecer a Terapia *Snoezelen* como outra alternativa e/ou complemento para crianças com PEA. Porém, tivemos também a possibilidade de melhorar a nossa prática pedagógica, enriquecer conhecimentos sobre as temáticas apresentadas, e conhecer a metodologia de trabalho dos técnicos que acompanham o sujeito neste estudo.

Como finalidade, a investigação pretende responder à questão de partida: “Será que a Terapia *Snoezelen* – Estimulação Multissensorial – proporciona benefícios relativamente aos comportamentos de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo?”

Através da aplicação da metodologia da Investigação – Ação, elaborámos o caminho para atingir os objetivos traçados na pesquisa. O trabalho de campo foi uma experiência única, e consideramos cruciais os resultados obtidos através dos instrumentos aplicados e baseados na fundamentação teórica sobre a PEA e a Terapia *Snoezelen*. Para além da experiência ser benéfica para a criança, também alargámos os horizontes a todos os indivíduos envolvidos na pesquisa, de forma direta e indireta, mais precisamente a investigadora, a família de “Maria”, as técnicas que acompanham a criança e participaram nas entrevistas, as colegas da instituição e amigos próximos.

Pretendemos que o resultado da investigação seja aceite como uma mais-valia na área da educação, tentando sensibilizar para a importância da Terapia *Snoezelen* em crianças com problemáticas ou não. Ambicionamos que se proporcione um aumento na divulgação e progressão no seio escolar, essencialmente na área da Educação Especial.

Após o cruzamento dos dados, reconhecemos que a Terapia *Snoezelen* apresenta benefícios em crianças com PEA nas áreas de comunicação, interação social e comportamento, tendo-se verificado sobretudo, alterações positivas na área do Comportamento, em especial no comportamento desajustado. “Maria” demonstrou sentir-se confortável e alegre quando inserida no ambiente de *Snoezelen*, registando-se, durante e após a terapia, um aumento dos níveis de concentração, calma, colaboração e recetividade e uma diminuição das birras. Por conseguinte, estes benefícios refletem aspetos positivos no quotidiano da criança, não apenas com progressos no seu comportamento, mas também na comunicação e interação com o outro. Naturalmente, a criança demonstra uma maior adesão, participação e colaboração, o que proporciona

momentos mais equilibrados e produtivos no seu desenvolvimento e aquisição de competências.

Quanto à comunicação e interação, os resultados não são os esperados, pois verificamos que as melhorias são mínimas. Não há registo de qualquer alteração nos interesses e motivações da criança no período das refeições e no controlo dos esfíncteres.

Inicialmente, o estudo é programado para ser realizado três vezes por semana, mas por motivos de doença, há necessidade de adaptar a disponibilidade da sala e de todos os envolvidos na intervenção. Através das referidas alterações, as sessões decorrem durante dois, três ou quatro dias consecutivos. Por acaso, conseguimos aferir um dado importante, isto é, quando se verifica quebra de rotina, os resultados não são como desejávamos. Faz-nos acreditar, que a terapia *Snoezelen* tem benefícios num curto período de tempo. Neste sentido, parece-nos necessário existir uma continuidade na frequência da terapia, o que nem sempre é possível dada a dificuldade das famílias para suportar os custos.

Neste caso, tendo em conta os objetivos propostos nesta investigação, podemos considerar a investigação positiva e bem-sucedida. Sem dúvida contribuímos para a melhoria de “Maria” através da prática de Terapia *Snoezelen*, em prol da qualidade de vida e do seu bem-estar. O presente estudo contribui também para uma melhoria no contexto escolar e familiar, e aumenta novas perspetivas futuras.

Salientamos que o trabalho em sintonia entre a família, técnicos e a escola, revela um papel fundamental no desenvolvimento da criança. Se todos caminharem na mesma direção na procura de respostas em benefício das crianças, decerto teremos crianças mais felizes.

Temos ainda muito a aprender com as crianças, e com a prática crescemos pessoal e profissionalmente, o que nos leva a ultrapassar determinadas dificuldades e receios. O que é certo hoje na ciência, poderá não o ser amanhã, e na educação, os caminhos para o sucesso são imensos, pelo que temos que nos adaptar às necessidades de cada indivíduo. Não é fácil, mas acreditamos que é muito gratificante. Na realidade, temos noção que dificilmente conseguimos alterar mentalidades que se disponibilizem para novas experiências e saberes, mas afiançamos que, passo a passo, podemos fazer a diferença.

Para quem luta diariamente na área da Educação Especial, presumimos que o *Snoezelen* pode ser um ótimo instrumento para melhorar a resposta de muitos técnicos, visto que, nos casos mais graves é difícil a realização de determinadas atividades. Relembremos

que não podemos pensar em *Snoezelen* somente como um espaço numa sala. Por esta razão, devemos aplicar o conceito no quotidiano, desde que os ambientes ofereçam intervenção positiva, como por exemplo: idas à praia e jardins, observar fontes, explorar um espaço infantil (baloiço, escorregas).

Nesta perspetiva, entendemos ser pertinente a continuidade desta pesquisa. Como sugestão, retomar a realização dos mesmos objetivos e metodologia apresentados no estudo com a “Maria”, mas com uma dimensão mais alargada de sujeitos e um aumento de número de sessões de Terapia *Snoezelen*.

Desde o início da pesquisa que tínhamos consciência das dificuldades e obstáculos que iríamos encontrar pelo caminho. São diversas as limitações que apontamos ao longo do estudo, essencialmente devido à escassa literatura portuguesa disponível sobre a Terapia *Snoezelen*, inclusivamente a existência de estudos que embarcam esta terapia com crianças com PEA. A bibliografia encontrada refere-se a outros países como Espanha, Estados Unidos da América e Brasil, o que fortalece a convicção da pobre divulgação e prática da Terapia *Snoezelen* no nosso país.

Outra limitação sentida por nós é o acesso à Terapia *Snoezelen*, como já mencionado anteriormente, atualmente é excessivamente dispendiosa. No local onde concretizámos o trabalho de campo, a sala *Snoezelen* é inserida e explorada por utentes do Centro de Dia da vila. “Maria” é considerada a primeira criança com necessidades educativas especiais a explorar o espaço, e através de uma conversa informal, emerge a possibilidade da instituição criar parcerias com escolas e abrir à comunidade. Na verdade, atualmente é reduzido o número de pessoas que têm conhecimento da existência deste espaço e o seu conceito.

Por fim, assinalamos como limitação a questão da “Maria” frequentar outras terapias e fazer um regime alimentar diferente, o que dificulta a conclusão sobre determinadas conquistas. Este aspeto foi referido durante as entrevistas, na qual as inquiridas colocam dúvidas e incertezas nos resultados obtidos. Devido ao regime alimentar do sujeito, a investigadora optou por não explorar o paladar nas sessões.

Salientamos a inexistência de modelos de registo na prática da Terapia de *Snoezelen*. Desta lacuna surge a necessidade e iniciativa da investigadora frequentar formação sobre a Terapia *Snoezelen*, para melhor desempenhar a função de investigadora participante. É emergente haver uma uniformidade de critérios de observação e uma escala de avaliação, para que as conclusões dos benefícios da Terapia *Snoezelen* serem credíveis nos indivíduos, consoante a sua problemática/patologia.

Pelo facto da investigação ser um estudo de caso e restringir-se à dimensão da nossa amostra, é inconcebível fazer generalizações, dado que os resultados obtidos referem somente ao respetivo sujeito no estudo.

Com tudo isto, sentimos que o estudo não terminou, mas sim iluminou o início de uma longa caminhada...



## 7. Referências Bibliográficas

- Abreu, A. R. (2013). *Intervenção Psicomotora com Adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: Cooperativa de Educação e Reabilitação da [sic] Cidadãos com Incapacidade, Crl. De Oeiras (CERCIOEIRAS)*. (Dissertação de mestrado). FMH: Lisboa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.5/6422>.
- Almeida, L. & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses de Coimbra.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, R. (01/10/2015). *Snoezelen, o que é?*- Plataforma Família. Acedido em <http://www.plataformafamilia.pt/metodologia-de-snoezelen/> .Consultado em 24/05/2016.
- Associação Mantenedora do Centro Integrado de Prevenção- AMCIP. (s/d). Acedido em <http://www.amcip.com.br/snoezelen.php>. (consultado em 9/08/2017).
- Associação para a Inclusão e Apoio ao Autista - AIA. (s/d). *Causas e factores de risco*. Acedido em [http://www.aia.org.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=151:causa-s-e-factores-de-risco&catid=293:perturbacoes-do-espectro-do-autismo-&Itemid=211](http://www.aia.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=151:causa-s-e-factores-de-risco&catid=293:perturbacoes-do-espectro-do-autismo-&Itemid=211). Consultado em 02/03/2016.
- Associação Vencer Autismo. (s/d). *Modelo de Desenvolvimento Programa Son-Rise*. Acedido em <http://www.vencerautismo.org/modelo-de-desenvolvimento-programa-son-rise/>. Consultado em 03/03/2016.
- Baillon, S., Van Diepen, E., & Prettyman, R. (2002). Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 444-452.
- Barbosa, N. (2014). *Autismo e Respostas Educativas no Contexto Escolar*. (Dissertação do Curso de Mestrado em Educação Especial). Universidade Portucalense: Porto. Acedido em <http://hdl.handle.net/11328/1201>.
- Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo* (2<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bautista, R. (coord.) et al. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Bénony, H. & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi editores.

- Bell, J. (1997), *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.
- P.110Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação- Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Coleção Ciências da Educação Porto: Porto Editora.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação- Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Coleção Ciências da Educação Porto: Porto Editora.
- Bosa, C. A., Backes B. & Zanon R. B. (2014, Jan- Mar). Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. *Psicologia: Teorias e Pesquisas*, 30- I, 25-33.
- Bosa, C. A. & Marques, D. A. (2015). Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo: Evidências de validade de Critério. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2015, vol. 31, n.1, p.43 - 51. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n1/0102-3772-ptp-31-01-0043.pdf>.
- Braga, C. (2010). *Perturbações do Espectro do Autismo e Inclusão: atitudes e representações dos pais, professores e educadores de infância*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho. Acedido em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/14595/1/Tese.pdf>.
- Cavaco, N. (2009). *O Profissional e a Educação Especial - uma Abordagem sobre o Autismo*. Lisboa: Editorial Novembro.
- Correia, L. M. (1999). *Alunos com necessidades educativas Especiais nas classes regulares*. Porto Editora, Lda.
- Correia, L., M. (2014). *Autismo e atraso de desenvolvimento: um estudo de caso*. Lordelo: Fundação Lord.
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.).Coimbra: Edições Almedina, S.A..
- Dawson, G. & Rogers, S. (2014). *Intervenção Precoce em Crianças com Autismo - Modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. Lisboa: Lidel.
- Dias, C. M. (2009). Olhar com Olhos de Ver. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 43 (1), 175-188. Acedido em <http://impactum-journals.uc.pt/rppedagogia/article/view/1265> .
- Estrela, A. (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes - Uma estratégia de formação de professores* (4ªedição). Porto: Porto Editora.

- Fagny, M. (2000). L'impact de la Technique du "Snoezelen" sur les comportements indiquant l'apaisement chez des adultes autistes. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 11 (2), 105-115. Acedido em [http://www.rfdi.org/wp-content/uploads/2013/05/FAGNY\\_v11.pdf](http://www.rfdi.org/wp-content/uploads/2013/05/FAGNY_v11.pdf).
- Felgueiras, I. & Bairrão, J. (1991). Um Modelo de Intervenção Precoce: O Programa Portage para Pais. *Noesis*, 38 - 42. Acedido em [https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=86251](https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=86251).
- Ferreira, F. D. (2015). *Efeitos da Estimulação Multissensorial pelo Método Snoezelen em Adultos com Paralisia Cerebral*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Acedido em <http://hdl.handle.net/10773/16250>.
- Filipe, C. (2012). *Autismo conceitos, mitos e preconceitos*. Lisboa: Editora Babel.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Décarie Éditeur.
- Happé, F. (1994). *Autism: An Introduction to Psychological Theory*. London. UCL Press Limited.
- Hewitt (2010). *Compreender o Autismo- Estratégias para alunos com Autismo nas escolas regulares* (J. Almeida, Trad.). Porto: Porto Editora.
- Hotz, G.A., Castelblanco, A., Lara, I.M., Weiss, A.D., Duncan, R. & Kuluz, J.W. (2006). *Snoezelen: A controlled multi-sensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury*. *Brain Injury*, 20, 8, 879-888.
- Hulsegge, J. & Verheul, A. (1987). *Snoezelen: Another World*. Rompa Editorial.
- Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Lisboa. Instituto da Inovação Educacional. Lisboa: Ministério da Educação.
- Kutscher, M. L. (2011). *Crianças com Síndromes Simultâneas- DDA/H, DAE, Síndrome de Asperger, Síndrome de Gilles de la Tourette, Doença Bipolar e outras: Um guia essencial para pais, professores e outros profissionais*. Porto: Porto Editora.
- Lakatos, L. & Marconi, M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas. Acedido em [https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy\\_of\\_historia-i/historia-ii/china-e-india](https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india).
- Lessard, M., Goyette, G., Gérald B. & Reis, M. (1994). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*, Lisboa: Instituto Piaget.

- Lima, C. B. (coord.). (2012). *Perturbação do Espectro do Autismo: Manual prático de intervenção*. Lisboa: Lidel.
- Lopes, A., Araújo, J., Ferreira, M., Ribeiro, J. (2015). The effectiveness of *Snoezelen* in reducing stereotyping in adults with intellectual disabilities: a case study of Occupational Therapy intervention in multisensory stimulation rooms. *Revista de Terapia Ocupacional*, 26 (2), 234-243. Acedido em <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p234-243>.
- Lotan, M. & Gold, C. (2009). Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environments (*Snoezelen*) for individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34, 3, 207-215.
- Ludke, M. & André, M. (1986) - *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU
- Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Martins, A. (2011). *Snoezelen com idosos- Estimulação sensorial para melhor qualidade de vida*. s/local, s/editora.
- Martins, M. A. (2015). *Utilidade instantânea e recordada da abordagem Snoezelen em idosos institucionalizados e modelos cognitivos de eficácia em cuidadores*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Acedido em <http://hdl.handle.net/10316/29529>.
- Mello, A. (2007). *Autismo – Guia Prático*. (7ª ed.). São Paulo: AMA. Brasília.
- Mota, J. (2014). *Aplicação do modelo Son-Rise numa turma de ensino estruturado - Estudo de caso*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Porto. Acedido em <http://hdl.handle.net/10284/4997>.
- Nielson, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula – um guia para professores*. Porto: Porto Editora.
- Oliveira, G. (2009). Autismo: diagnóstico e orientação: Parte I - Vigilância, rastreio e orientação nos cuidados primários de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40 (6), 278-287. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Pediatria.

- Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). (1994) (10ª revisão). São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/Edusp.
- Ornitz, E. M. (1983). The functional neuroanatomy of infantile autism. *International Journal of Neuroscience*, 19 (1-4), 85-124.
- Paredes, S. (2012). *O Papel da Musicoterapia no Desenvolvimento Cognitivo nas Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo*. (Dissertação para grau de mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10437/2824>.
- Pereira, E. (1998). *Autismo: do conceito à pessoa*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Lisboa: Graforim Artes Gráficas Lda.
- Phillips, E. & Pugh, D. (1998). *Como preparar um mestrado ou doutoramento- Um manual prático para estudantes e seus orientadores*. Lyon Edições, Mem-Martins.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rodrigues, C. (2016). *A criança com Perturbação do Espectro do Autismo e a interação social entre pares no Jardim de Infância*. (Pós graduação em educação especial). Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti: Lisboa. Acedido em <http://hdl.handle.net/20.500.11796/2377>.
- Rozen, A. M. (s/d). *The Effects of a Snoezelen Environment on A Seven-Year-Old Male with Severe Autism*. York University. Acedido em <http://individual.utoronto.ca/abbyrozen/thesis.html>.
- Sánchez. F. & Abreu, M. (2010). Benefícios da Terapia *Snoezelen* em utentes com Demência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, nº3, 7. Acedido em <https://issuu.com/spesm/docs/revistan3/5>.
- Santos, M. A., & Santos, M. F. S. (2012). Representações sociais de professores sobre o autismo infantil. *Psicologia & Sociedade*, 24 (2), 364-372. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/13.pdf>.
- Sella, M. (2008). *Snoezelen – Um Caminho Para O Mundo Sensorial*. Curitiba: ACIMP.
- Siegel, B. (2008). *O Mundo da criança com autismo. Compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. (I. Doares Trad.).Porto: Porto Editora.

- Silva, E. (2009), *Snoezelen/MSE: Estimulação Multissensorial para pessoas com deficiência*. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Bauru (SP) – Centro Snoezelen/MSE do Estado de APAE de Bauru, São Paulo. Acedido em <http://docplayer.com.br/10155035-Snoezelen-mse-estimulacao-multissensorial-para-pessoas-com-deficiencias.html>. (consultado em 12/08/2017).
- Simões, C. (2011). *Sistemas multimédia para o desenvolvimento da competência comunicativa em crianças com Perturbações do Espectro do Autismo*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal: Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9250/1/Tese%20final.pdf>.
- Trindade, P. (25 agosto 2011). *Superando o Autismo - Snoezelen e as Perturbações do Espectro do Autismo*. Acedido em <http://enfrentandooautismo.blogspot.pt/2011/08/snoezelen-e-as-perturbacoes-do-espectro.html>. (Consultado em 02/06/2016).
- Veloso, S. (2014). *A Intervenção Educativa nos Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo*. (Dissertação de Mestrado). ISEC: Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8589/1/TFM%20Susana%20Veloso.pdf>.
- Wall, K. (2010). *Autism and early years practice* (2ª ed.). London: Sage Publications Ltd.
- Weert, J. C, Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M, Ribbe, M. W., Bensing, J. M. (2005, sep.). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Educ Couns.*; 58(3), 312-26. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2004.07.013>
- Yin, R. K. (2002). *Estudo de Caso. Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Artmed (Trad.). (*Case Study Research: design and method*). Original em inglês publicado em 1994).
- Viegas, P (2003). Snoezelen – um recurso para o Psicomotricista: a psicomotricidade. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, vol. 1 nº1.

## **8. Anexos**

**ANEXO A**

---

**Relatório da Terapeuta da Fala (30 junho 2015)**



NOME:

DATA DE NASCIMENTO: 4 de Agosto de 2012

FILIAÇÃO:

MORADA:

Lourinhã

A ~~xxx~~ foi reavaliada em terapia da fala em Junho de 2015. É uma menina com dois anos e dez meses de idade, revela-se uma criança meiga, sorri frequentemente mas com pouca interação. Apresenta uma fraca atitude comunicativa, assim como uma expressão facial e corporal muito pobre.

No que respeita às atividades propostas continua a revelar uma participação passiva e pouco interesse e investimento no desempenho das tarefas, apresenta-se muito dispersa e com grandes dificuldades de atenção e concentração. Não é capaz de se manter na atividade, pegando e largando os objetos sem os explorar. Enfia argolas numa aste e começa a realizar encaixes de madeira.

A nível da compreensão não verbal evoluiu significativamente. Reconhece alguns objetos pela função, brincando adequadamente com eles. Associa objetos e imagens iguais. Faz lotos simples de associação. Associa segundo dois critérios (forma e côr). Faz emparecimento pela côr com todas as cores e tonalidades e começa a fazer categorizações simples.

No que respeita à compreensão verbal reage ao seu nome, embora nem sempre responda. Dá beijinhos e diz adeus a pedido, de um modo inconsistente. Não aponta nem dá imagens a pedido, no entanto, reconhece a família nas fotos e, pontualmente, dá beijinho ao elemento da família nomeado. Dá um objeto a pedido se lhe estendermos a mão, embora, não identifique o objeto nomeado (dá ao acaso). Muito raramente compreende e executa ordens simples do quotidiano contextualizadas e acompanhadas de gesto.

A nível da Expressão verbal revela um grave comprometimento. Emite espontaneamente com muita frequência vogais e consoantes oclusivas bilabiais com entoação melódica de forma inconsistente e aparentemente sem intenção de comunicar. Pontualmente, e de forma espontânea tenta repetir sequências de sons que ouve de uma pequena canção ou enumera os números até dez.

Está a ser trabalhada no Programa de Linguagem Makaton, do qual, parece compreender alguns gestos, no entanto, nem sempre os imita e muito raramente os utiliza espontaneamente com intenção de comunicar, no entanto, fica atenta e mostra alguma curiosidade quando os estamos a executar. Simultaneamente, associadas aos gestos estão também a ser apresentadas a seleção de imagens fotográficas referentes aos seus eventuais interesses e necessidades relativas a animais, alimentos, vestuário e jogos preferidos, assim como aos espaços que habitualmente frequenta e a algumas ações simples do seu quotidiano, tendo em vista a funcionalidade da sua comunicação.

A **XXX** apresenta uma Perturbação da Linguagem / Comunicação tanto ao nível da compreensão como da expressão verbal, pelo que, aconselhamos a continuação do acompanhamento em Terapia da Fala durante o próximo ano letivo (2015/2016).

Torres Vedras, 30 de Junho de 2015

A Terapeuta da Fala

  
  
I. M. M. a

**ANEXO B**

---

**Relatório da Unidade de Desenvolvimento (1 outubro 2015)**



**Hospitais Civis de  
Lisboa**

**Hospital de Dona  
Estefânia**

**Unidade  
de  
Desenvolvimento**

**Unidade de Desenvolvimento**

Director Área Ped. Médica  
Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira

Equipa Médica  
Dr. João Estrada  
Dr.ª Patrícia Lopes  
Dr.ª Sílvia Afonso

**Enfermagem**

Enf.ª Paula Silva  
Enf.ª M.ª José Quintela

Professora Ensino Especial  
Dr.ª Manuela Martins

Psicóloga Clínica  
Dr.ª M.ª João Pimentel

Terapeuta da Fala  
Dr.ª Isabel Santos

Morada  
R. Jacinta Marto  
1169-045 Lisboa

Contactos  
Tel.: 213596535



Ministério da Saúde

**Nome:**

**Data de Nascimento:** 04-08-2012

**Processo n.º:** 14024093

Declaro, para os devidos efeitos, que a criança acima mencionada é seguida na Unidade de Desenvolvimento do Hospital Dona Estefânia por Perturbação do Espectro do Autismo (sigilo quebrado por solicitação parental). Situação clínica de natureza congénita presente desde o nascimento e de carácter permanente (doença crónica).

Devido à sua patologia de base apresenta dificuldades académicas e comportamentais com Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente ao abrigo das medidas educativas preconizadas pelo Decreto-Lei 281/2009.

Deve ter ainda manter acompanhamento em terapia da fala e psicomotricidade.

**Lisboa, 1 de Outubro de 2015**

**Sílvia Afonso**  
**Pediatra – OM 35246**

## **ANEXO C**

---

### **Avaliação do Plano Individual (22 fevereiro 2017)**

**AValiação DO PLANO INDIVIDUAL**  
4 anos

Ano Letivo 2016/2017

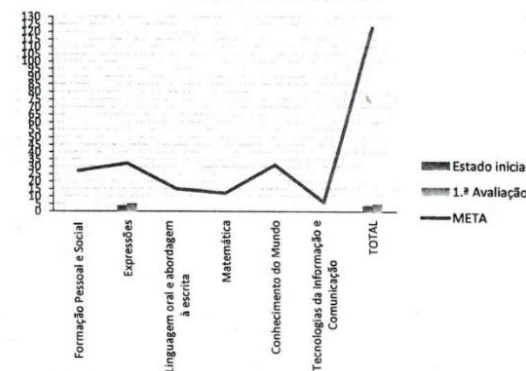
Nome da criança: X X X

**1.ª AVALIAÇÃO**

A \_\_\_\_\_ é uma criança meiga e carinhosa. Tem um bom relacionamento com todos os colegas e adultos. Revela algum interesse pelas atividades no entanto, o seu período de concentração é extremamente curto e necessita da presença de um adulto orientador. A X X X não revela interesse em atividades de grande grupo realizadas no tapete (conversas, histórias, jogos...) faz constantes tentativas de fuga. Demonstra grande evolução na compreensão da linguagem, o mesmo já não acontece a nível da expressão oral. Por vezes emite algumas palavras e sons reconhecíveis. A X X X não reage bem quando é contrariada, penso que esta situação deve ser trabalhada com ngor tanto no ambiente escolar como em família para que comece a interiorizar regras. Ao longo deste semestre fez grandes evoluções a nível da autonomia. Está a fazer o treino de controlo dos esfínteres. Ainda não verbaliza a necessidade mas já controla durante um espaço de tempo maior. A nível da alimentação, por vezes come sozinha outras vezes necessita da ajuda do adulto. Revela especial interesse pela área dos jogos. A X X X é acompanhada pela técnica de Intervenção Precoce e por uma Terapeuta da Fala e tem sido bastante colaborante. Devido às suas dificuldades, esta avaliação não é adequada à X X X. A equipa de Intervenção Precoce, em conjunto com a educadora e a terapeuta da fala depois de realizarem uma avaliação de competências elaboraram um PIIP com objetivos a atingir.

COMPETÊNCIAS			
Áreas	META	Estado inicial	1.ª Avaliação
Formação Pessoal e Social	27	0	0
Expressões	32	4	5
Linguagem oral e abordagem à escrita	15	0	0
Matemática	12	0	0
Conhecimento do Mundo	31	0	0
Tecnologias da Informação e Comunicação	6	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Competências adquiridas



HOUE REGISTO DE RECLAMAÇÕES/ OCORRÊNCIAS RELACIONADAS COM A CRIANÇA? ☐ SIM ☒ NÃO

Em caso positivo, foram desencadeadas ações e estão atualmente fechadas? ☐ SIM ☐ NÃO

Em caso negativo comente a situação:

É necessário rever o PI? ☐ SIM ☒ NÃO

Data: 22/02/2017

A Educadora de Infância: *Milene Fonseca*

Tomei conhecimento da Avaliação.

Data: 27/09/2017

O Encarregado de Educação: *[Assinatura]*

**ANEXO D**

---

**Programa Educativo Individual – PEI (Ano letivo 2016/2017)**



## Programa Educativo Individual

(n.º 3 do art.º 9.º do Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro)

**Estabelecimento de Ensino:** Jardim de Infância “xxxxxx”

**Nome:** xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**Data de nascimento:** 04 / 08 / 2012

**Morada:** xxxxxxxxxxxxxxxx Lourinhã

**Telefone:** xxxxxxxxxxxx

**Nível de Educação ou Ensino:**

☐ Interv. Precoce    ☒ Pré-escolar    ☐ 1º CEB    ☐ 2º CEB    ☐ 3º CEB

**Ano de escolaridade:** Pré-escolar    **Grupo/Turma:** Sala Encarnada

**Educadora de Infância responsável pelo grupo/turma:** xxxxxxxxxxxx

**Educadora de Infância da ELI de Intervenção Precoce:** xxxxxxxxxxxx

### 1. História Escolar e Pessoal

#### Resumo da história escolar e outros antecedentes relevantes

Intervenção Precoce    ☒

Creche    ☒

Jardim-de-Infância    ☒

Ano Letivo	Ano de Escolaridade	Escola/JI	Medidas Educativas
2014/2015	Creche	Creche	Acompanhamento da Intervenção Precoce



2015/2016	Creche	Creche	Acompanhamento da Intervenção Precoce
2016/2017	Pré-escolar	Jardim-de-infância "xxxxxx"	Acompanhamento da Intervenção Precoce

### **Resumo da história escolar**

A Xxxx foi referenciada para a Equipa Local de Intervenção Precoce (IP) Lourinhã/Cadaval, a 20 de março de 2014 pela Educadora de Infância da sala, por apresentar Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida (limitações na execução e compreensão de tarefas, possível défice de audição e historia familiar de perturbações no desenvolvimento - risco biológico). A criança foi encaminhada para Hospital D. Estefânia, onde era seguida na Unidade Desenvolvimento. Em relatório datado de 1 de outubro de 2015, pela Dra. Sílvia Afonso (Pediatra de Desenvolvimento), é especificado que “a criança apresenta Perturbação do Espectro do Autismo, situação clínica de natureza congénita presente desde o nascimento e de carácter permanente”.

## **2- Perfil de Funcionalidade do Aluno por referência à CIF**

### **Atividade e participação, funções e estruturas do corpo, fatores ambientais**

#### **Atividade e Participação**

Ao nível da formação pessoal e social, a Xxxx imita comportamentos dos seus pares mas mantém sobretudo, brincadeiras paralelas. Revela dificuldade em partilhar jogos e brinquedos. Frequentemente apresenta um comportamento agressivo.

Na relação com os adultos, gosta de beijinhos e abraços, recorrendo a estes quando está impaciente.

Faz birras com frequência, para impor a sua vontade, manifestando comportamentos de frustração através de choro e gritos. Também apresenta comportamentos desafiadores, no cumprimento de regras, tentando impor a sua vontade.

No que diz respeito à autonomia, a Xxxx descalça os sapatos, embora não os calce nem consiga vestir peças de roupa. Por vezes come sozinha com colher, bebe sem

dificuldade, lava as mãos e a boca e utiliza o guardanapo quando solicitada.

Já controla os esfíncteres.

Relativamente à área de expressão e comunicação, nomeadamente no que respeita à compreensão verbal oral reage ao seu nome, embora nem sempre responda. Começa a identificar alguns objetos e imagens fotográficas e a compreender ordens simples relacionadas com o seu quotidiano, contextualizadas e acompanhadas de gesto, no entanto, demonstra ainda algumas dificuldades em cumpri-las, a não ser que estejam relacionadas com situações do seu interesse.

A nível da compreensão não verbal evoluiu significativamente. Reconhece objetos pela função, brincando adequadamente com eles. Associa objetos e imagens iguais. Faz lotos simples de associação. Associa pela função objetos e imagens e segundo três critérios distintos (forma, tamanho e cor). Faz empareiramento pela cor com todas as cores e tonalidades e categorizações simples e começa a fazer julgamento por campos semânticos.

A nível da Expressão verbal oral revela um grave comprometimento. Emite espontaneamente vogais e consoantes oclusivas e com menos frequência fricativas e líquidas com entoação melódica e muitas vezes sem intenção de comunicar. Frequentemente tenta repetir sequências de sons que ouve de uma pequena canção. Reproduz modelos vocais com oscilações a nível da intensidade e altura tonal. Começa a nomear algumas palavras que lhe são familiares (nomes e vozes de alguns animais, alimentos, brinquedos, vestuário e objetos) espontaneamente mas de um modo inconsistente. Diz “olá”, “bom dia”, “boa tarde” e “adeus” espontaneamente mas não mantém um diálogo simples. Compreende alguns gestos e embora os tente imitar, muito raramente os utiliza espontaneamente com intenção de comunicar, o mesmo acontece com a seleção de símbolos disponibilizada referente aos seus eventuais interesses e necessidades, relativos a alimentos, vestuário e jogos preferidos, assim como aos espaços que habitualmente frequenta e a algumas ações simples do seu quotidiano, tendo em vista a funcionalidade da sua comunicação.

Os seus momentos de atenção são muito curtos, tendo sempre a necessidade da presença de um adulto para a orientar e ajudar. Em atividades individuais, distrai-se com muita facilidade face a qualquer estímulo alheio à tarefa, exceto se esta for do seu interesse.

Gosta de ouvir música e histórias, no entanto o seu comportamento durante estas atividades é bastante díspar. Por vezes mantém-se atenta e até participativa, outras revela uma insatisfação e irritabilidade extrema. Mostra comportamentos repetitivos

(batimentos com objetos), seja nas suas brincadeiras seja em momentos de trabalho. Nas atividades orientadas em grande grupo, a Xxxx não consegue estar atenta, em silêncio ou manter-se sentada, destabilizando todo o envolvimento do grupo. Realiza jogos de encaixe e puzzles, associa e agrupa por características. Identifica e nomeia as cores e faz contagens sucessivas até 10. Realiza jogos de encaixe e puzzles.

Ao nível da motricidade global, sobe e desce escadas com ajuda, corre de forma ligeiramente descoordenada, lança e faz rolar uma bola sem direção. Na motricidade fina, faz enfiamentos, preenche aleatoriamente tabuleiros com os “piquinhos”, faz rabiscos com o lápis/caneta, apresentando um traço pouco adequado à sua faixa etária, tanto ao nível do conteúdo como da forma. Usa o pincel e a tesoura com ajuda do adulto, sendo necessário a presença e ajuda deste para que as tarefas sejam concluídas com sucesso.

### **Fatores Ambientais**

Os pais são interessados e prestam os cuidados necessários ao desenvolvimento da criança. A Xxxx fez uma boa adaptação ao jardim-de-infância, tendo criado relações positivas com os restantes pares. Manifesta interesse nas atividades desenvolvidas pelos mesmos, sendo aceite por todos como elemento do grupo. Se por vezes, a Xxxx revela comportamentos desajustados para com os pares, a reação dos mesmos é frequentemente de aceitação e compreensão. Os adultos da sala tornam-se elementos fundamentais para a boa integração da Xxxx no meio escolar, sendo que as atitudes/comportamentos destes tornam-se confortantes e tranquilizantes para a criança.

É seguida pelo médico de família no Centro de Saúde de Lourinhã, em pediatria no Centro Hospitalar do Oeste - Torres Vedras, pela Dra. Michetti; foi seguida nas consultas de neurodesenvolvimento (Dr.<sup>a</sup> Sílvia Afonso) e de genética do Hospital de D. Estefânia tendo a mãe informado a equipa que neste momento já não está a usufruir por falta de transporte. É, também, acompanhada pela equipa de Intervenção Precoce desde abril de 2014 em terapia da fala e apoio docente, apoios que têm contribuído para um melhor e adequado desenvolvimento da criança e intervenção junto da família.

É de referir que a Xxxx desde o ano letivo 2015/2016 tem uma alimentação restrita, tendo eliminado todos os alimentos/produtos que contém lactose, caseína e glúten da sua dieta, por indicação da dietista, Dr.<sup>a</sup> Isabel Nunes, nas consultas de Dietética no

Centro Hospitalar do Oeste - Torres Vedras.

### **Funções e Estruturas do Corpo**

A partir da avaliação efetuada foi possível observar que a Xxxx tem deficiências graves ao nível das funções mentais globais e específicas. Ao nível das funções mentais globais as dificuldades verificam-se nas funções intelectuais e no desenvolvimento das funções cognitivas, assim como nas funções psicossociais globais, que formam as competências interpessoais.

Relativamente às funções mentais específicas, observaram-se dificuldades graves nas funções que permitem a concentração pelo tempo necessário num estímulo, mas também nas funções da memória, quer de curto-prazo, quer de longo-prazo. Por fim, manifestaram-se ainda problemas nas funções cognitivas de nível superior.

No que concerne às Funções psicomotoras, a Xxxx apresenta alterações graves, mais especificamente ao nível do controle psicomotor e na qualidade das funções psicomotoras. Verificam-se ainda alterações graves nas Funções da Força muscular e nas Funções do tônus muscular de todos os músculos do corpo. A salientar as dificuldades acentuadas nas Funções de reflexos motores, bem como nas Funções de reações motoras involuntárias.

A criança apresenta ainda um grave comprometimento nas Funções de controlo do movimento voluntário, designadamente no controle dos movimentos voluntários simples, no controle dos movimentos voluntários complexos e na coordenação de movimentos voluntários, que envolvem coordenação óculo-manual e coordenação óculo-pedal. A Xxxx apresenta estereotípias e perseveração motora de carácter grave, assim como alterações moderadas nas Funções relacionadas com o padrão da marcha.

No que concerne às Funções de Articulação emite espontaneamente vogais e consoantes oclusivas e com menos frequência fricativas e líquidas com entoação melódica e muitas vezes sem intenção de comunicar. Relativamente às Funções da Voz reproduz modelos vocais com oscilações a nível da intensidade e altura tonal. Começa a nomear algumas palavras que lhe são familiares (nomes e vozes de alguns animais, alimentos, brinquedos, vestuário e objetos) espontaneamente mas de um modo inconsistente.

### 3- Adequações do Processo de Ensino e de Aprendizagem

Medidas Educativas a Implementar
<p><b>a) Apoio Pedagógico Personalizado – (Artigo 17º, ponto 1)</b> Reforço e Diferenciação das Estratégias, da Organização, do Espaço e das Atividades, no grupo</p> <p><i>Reforço das Competências de Aprendizagem do Currículo Comum, pela Educadora da Educação Especial</i> <i>Reforço de Competências Específicas ao nível da comunicação, pelo Terapeuta da Fala</i></p> <p><b>b) Adequações Curriculares Individuais – (Artigo 18º, ponto 1)</b> <i>Adaptação/Simplificação/Redução de Competências, Objetivos e/ou Atividades</i></p> <p><b>c) Adequação do Processo de Matrícula – (Artigo 19º)</b> Redução de Turma</p>

Outros serviços/apoios que o aluno beneficia	
1) Terapia da Fala	X
2) Psicologia	
3) Psicoterapia	
4) Tutoria	
5) Fisioterapia	
Observações: A aluna é acompanhada pela equipa de intervenção precoce da EII Lourinhã / Cadaval	

### 4. Plano Individual de Transição

Anexo 3 (assinalar caso exista)

### 5. Responsáveis pelas Respostas Educativas

Identificação dos intervenientes	Funções desempenhadas
	Educadora de infância
	Docente de Educação Especial

	Terapeuta da fala
A definir no próximo ano letivo	

## 6. Horário do(a) Aluno(a) / Intervenientes

A definir

Horas	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira

## 7. Implementação e avaliação do PEI

**Início da implementação do PEI: 1 / setembro / 2017**

### Avaliação do PEI

O PEI será revisto no final do 3º período, através do relatório circunstanciado.

## 8. Elaboração e Homologação

**Programa Educativo Individual elaborado em colaboração com o Encarregado(a) de Educação e por:**

**Função:**

**Assinatura:**

Docente Titular de Grupo \_\_\_\_\_  
Docente da Intervenção Precoce \_\_\_\_\_  
Coordenadora Pedagógica \_\_\_\_\_  
Terapeuta da fala \_\_\_\_\_  
Psicólogo \_\_\_\_\_  
TSEER \_\_\_\_\_

**Coordenação do PEI :**

Educador de Infância ☒ Professor do 1º CEB ☐ Director de Turma ☐

Nome: Luísa Barros

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Encarregado de Educação:**

Declaro que participei na elaboração deste documento e que concordo com a aplicação das medidas educativas definidas.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Aprovado pela Coordenação Pedagógica d' "xxxxxx"**

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Aprovado pela Direção d' "xxxxxxx"**

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Aprovado pelo Conselho Pedagógico/Homologado pelo Diretor do Agrupamento:**

Concordo com as Medidas Educativas aqui definidas:

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO E**

---

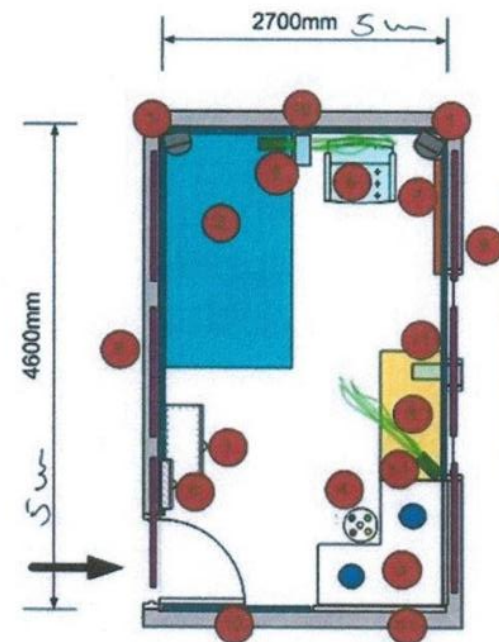
**Planta da Sala de *Snoezelen***



## Listagem ITENS

- Comando centralizado equipamentos Seletores ON/OFF (8 circuitos)
- Sistema multimédia, leitor DVD e CD, amplificador e colunas e respetivo armário em madeira \*
- Cama de água, sistema de aquecimento e sistema vibroacústico (1,2mt x 2,2mt) (o sistema vibroacústico inclui amplificador e transdutores)
- Colunas de bolhas interativas, 2 conjuntos, 1800mm alt, 200mm diam, comando por controlador interativo, bases almofadadas
- Espelhos em vidro acrílico, base e moldura em madeira (4) \* cada com 600 mm x 1800 mm
- Controlador interativo sem fios (5 cores fixas e combinações) para comando de 4 equipamentos (2 colunas de bolhas, 2 fibras óticas)
- Sistema fibra ótica, 150 fibras, 2 mt comprimento (Sistema deslocação manual apoio cama de água / puff)
- Sistema fibra ótica, 150 fibras, 2 mt comprimento
- Puff com sistema vibroacústico
- TV LED HD \*
- Banco almofadado (pode funcionar como sofá)
- Iluminação UV (6 armaduras)
- Projetor estrelar (efeito dinâmico de nebulosas e estrelas)
- Projetor de discos (efeitos aleatórios)
- Proteção lateral sala em espuma, cerca 80 cm altura \*

\* Estes itens estão excluídos do nosso fornecimento (ver EC9009/14)



**SISTECnais**

Sistemas Tecnológicos e Novas Automações, Lda

**SES – Sala Estimulação Sensorial**  
CSC Ribamar

Data: Set 2014	EC9009/14
Design: AM	
Projecto: CP	
Aprov:	

## **9. Apêndices**

## **APÊNDICE A**

---

### **Pesquisa documental do sujeito**

### Pesquisa documental do sujeito

Documentos		Dados recolhidos
<b>Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)</b>	<b>Ficha de Referenciação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Data de referenciação: 20 março 2014.</li> <li>- Atraso de Desenvolvimento s/ etiologia conhecida: cognitiva, linguagem e Comunicação.</li> <li>- Nota: Tem dois irmãos com atraso no desenvolvimento, acompanhados na Educação Especial.</li> <li>- Identificação do referenciador.</li> </ul>
	<b>Ficha de caracterização da Criança/Família</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entidade Sinalizadora: Creche</li> <li>- Tipo de processo: SNIPI. Critérios de Elegibilidade: Possível défice de audição); Limitações na execução e compreensão nas atividades; Atraso no desenvolvimento sem etiologia conhecida; História familiar de perturbações no desenvolvimento (risco biológico);</li> <li>- Frequenta a instituição pela primeira vez no mês de outubro de 2013.</li> <li>- Encaminhamentos efetuados: Motivo de atraso no desenvolvimento.</li> </ul>
	<b>Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)</b>	<p><b>PIIP</b> -(- Equipa Local de Intervenção (ELI) da Lourinhã/Cadaval.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação da Coordenadora da ELI e a Responsável do Caso.</li> <li>- Identificação dos Elementos Envolvidos no PIIP: Técnica de Intervenção Precoce, coordenadora de IP, Educadora Titular, Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (TSEER).</li> <li>- Serviços os quais a família pode contar: ELI Lourinhã/Cadaval, Hospital D<sup>a</sup> Estefânia, Terapia da Fala/Psicologia, médico de família (Centro de Saúde da Lourinhã); Pediatria (Hospital de Torres Vedras).</li> <li>- Foi operada aos ouvidos;</li> <li>- Objetivos traçados do PIIP, nas diversas áreas: cognitivo, motor, comunicação e linguagem, autonomia e socialização.</li> <li>- <b>Revisão do PIIP (15 junho 2016)</b></li> <li>- <b>Revisão do PIIP (14 outubro 2016)</b></li> </ul>
	<b>Relatórios diversos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Relatório 1 do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (Maio 2014):</b> Aplicação do programa de avaliação de competências do desenvolvimento <i>Portage</i>. Resultado</li> </ul>

		<p>obtido que, em fevereiro de 2014, a idade cronológica é de 21 meses, a idade de Desenvolvimento é de oito meses e o quociente de Desenvolvimento Global é de 39. Os resultados obtidos podem provar que há um comprometimento global grave do desenvolvimento da criança. Todas as áreas estão muito atrasadas, particularmente a Linguagem, Cognição e Autonomia. A melhor área é o Desenvolvimento motor.</p> <p><b>- Relatório de Terapeuta da Fala (30 junho 2015) (Anexo A):</b> Fracá atitude comunicativa; pouco interesse nas atividade; grande dificuldade de atenção; difícil terminar uma tarefa; compreensão não-verbal evoluiu significamente; difícil compreensão na realização de ordens de tarefas; grave comprometimento a nível da Expressão Verbal; Programa de Linguagem <i>Makaton</i>.</p> <p><b>- Relatório 2 do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (Setembro 2015):</b> Conclusão que se mantém um atraso global grave do desenvolvimento da criança. Progressos em todas as áreas, exceto a Socialização, porém na linguagem houve uma evolução ligeira.</p> <p><b>- Relatório Descritivo da Avaliação - SNIPI (4 julho 2016):</b> Breve descrição na participação e atividades da criança. Boa evolução: brinca com outras crianças sem interagir; não se isola e não é agressiva; Dificuldade no contato ocular, mas aceita e retribui contato físico. Início de intenção em comunicar, através de gestos, sons e contato físico. Explora brinquedos sem intuito em brincar; interesse em trabalhar a pares; apresenta comportamentos repetitivos (batimentos) e birras; Não controla esfíncter, mas calca-se e veste-se sozinha; curto período de atenção; identifica as cores e nomeia-as através da Língua Gestual; contagens sucessivas até dez; noção da rotina da sala; imita sons de animais; aponta para imagens; incompreensão em ordens simples; sobe e desce escadas sem ajuda; desequilíbrio na marcha; facilidade em jogos de encaixe e enfiamentos; descoordenação e pouca perícia nos movimentos da mão; início da dieta sem lactose e glúten desde outubro (Anexo J), por iniciativa da família; não dorme a sesta e frequenta a sala de pré-escolar nesse período.</p>
	<b>Checklist CIF</b>	<p><b>2 junho 2017- Resposta Social de Pré-escolar. Funções do corpo:</b> (Funções intelectuais (3); Funções psicossociais globais</p>

		<p>(3); Funções de atenção (3); Funções de memória (3); Funções psicomotoras (3); Funções cognitivas de nível superior (3); Funções da voz (2); Funções de articulação (3); Funções de fluência e do ritmo da fala (2); Funções relacionadas com a força muscular (3); Funções relacionadas com o tônus muscular (3); Funções relacionadas com reflexos motores (3); Funções relacionadas com o controlo do movimento voluntário (3); Funções relacionadas com o controlo do movimento involuntário (3); Funções relacionadas com o padrão de marcha (2).</p> <p><b>Atividade e Participação:</b> Observar (2); Ouvir (2); Imitar (2); Adquirir conceitos (2); Concentrar a atenção (3); Dirigir a atenção (3); Levar a cabo uma tarefa única (3); Comunicar e receber mensagens orais (3); Comunicar e receber mensagens não-verbais (3); Falar (3); Cantar (3); Produzir mensagens não-verbais (3); Conversação (4); Manter a posição do corpo (3); Mover objetos com os membros inferiores (3); Atividades de motricidade fina da mão (2); Lavar-se (1); Higiene pessoal relacionada com as excreções (1); Vestir-se (3); Comer (2); Interações interpessoais básicas (2); Educação pré-escolar (3); Envolvimento nas brincadeiras (2).</p> <p><b>Fatores ambientais:</b> Para consumo pessoal (+4); Família próxima (+3); Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade (+3); Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (+4); Outros profissionais (+4); Atitudes individuais dos membros da família (+3); Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade (+3); Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (+4). <b>Caracterização dos intervenientes:</b> Educadora Titular, Terapeuta da Fala, TSEER, Técnica de Intervenção Precoce; Coordenadora da instituição; Psicólogo.</p>
	<p><b>PEI</b> <b>(Ano letivo 2016/2017)</b></p> <p>(Anexo D)</p>	<p><b>Resumo da história escolar:</b> Intervenção Precoce, Creche e Jardim de Infância; Referenciação por apresentar Atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida (limitações na execução e compreensão de tarefas, possível défice de audição e história familiar de perturbações no desenvolvimento- risco biológico);</p> <p><b>Perfil de Funcionalidade do aluno por referência à CIF:</b></p>

		<p>Atividade e Participação, Fatores ambientais e Funções e estruturas do corpo;</p> <p><b>Adequações do processo de Ensino e de Aprendizagem;</b></p> <p><b>Serviços que o aluno beneficia:</b> Terapia da Fala</p> <p><b>Início de implementação:</b> 1 setembro 2017</p> <p><b>Avaliação do PEI:</b> O PEI será revisto no final do 3º período, através do Relatório Circunstanciado.</p>
	<p><b>RTP</b> (por referência à CIF)</p>	<p><b>2 junho 2017- Perfil Estrutural e Funcional</b> (Funções do corpo, Atividade e Participação e Fatores ambientais- por referência à CIF);</p> <p><b>Razões que determinam as NEE de carácter Permanente</b> (critérios de uma PEA, com perturbação da linguagem; Equipa multidisciplinar analisa relatórios médicos que constam no processo educativo e consideram benéfico aplicação de medidas do DL 3/2008 e continuação de terapia da fala bissemanal.</p> <p><b>Perfil funcional-</b> Ao nível da <b>Atividade e Participação</b>, o aluno tem dificuldades nos domínios: Comunicação, Aprendizagem, Relacionamento Interpessoal e Participação Social.</p> <p><b>Perfil estrutural-</b> Apresenta alterações de carácter permanente nas Funções ou Estruturas do Corpo, no domínio Mental (Cognitivo).</p> <p><b>Respostas e Medidas Educativas a adotar:</b> Reforço e Diferenciação das Estratégias, da Organização, do Espaço e das Atividades, no grupo; Reforço das Competências de Aprendizagem do Currículo Comum, pela Educadora da Educação Especial; Reforço de Competências ao nível da comunicação, pelo Terapeuta da Fala; Adaptação/simplificação/redução de competências, objetivos e/ou atividades; Redução de turma.</p>
<p><b>Processo Individual</b></p>	<p><b>Anamnese</b> (2 outubro 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados da identificação da criança e filiação.</li> <li>- Irmãos que frequentam o Estabelecimento: Não.</li> <li>- A criança está a cargo somente dos pais.</li> <li>- Não frequentou outros estabelecimentos ou respostas sociais.</li> <li>- Horário previsto de entrada é 8h45 e de saída é 17h30, na instituição.</li> <li>- Família vive numa vivenda, propriedade própria.</li> <li>- Características da criança: Ativa, bem-disposta.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hábitos alimentares: Nos primeiros meses foi peito e biberão.</li> <li>- Atualmente: Come tudo, com ajuda, sem dieta e sem alergias alimentares. Gosta de comer, come com facilidade, usa as mãos para comer.</li> <li>- Hábitos de sono: dorme de lado; dorme com chucha; dorme durante o dia; dorme no escuro.</li> <li>- Hábitos de higiene: Usa fralda durante todo o dia.</li> <li>- Doenças que já teve: Nenhuma.</li> <li>- Necessidades educativas especiais: Não.</li> <li>- Medicamentos: Não.</li> <li>- Cartão de vacinas atualizadas: Sim.</li> <li>- Para promover a adaptação da criança, fazer gradualmente adaptação com a “Maria” na sala. Ela chora quando quer algo; quando contrariada, chora; Em situações de desconforto, a criança pede colo e chucha; Tem medo de andar sozinha; Vê televisão sempre; Anda de triciclo; Passeia em casa; Não tem atividades fora do âmbito escolar. Adora livros.</li> <li>- Motivo da escolha da escola: Porque o irmão também frequentou. Espera um bom desenvolvimento. Considera importante haver reunião de pais, sendo o horário ideal as 21 horas.</li> </ul>
	<b>Dados relativos ao Boletim do Bebê</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gravidez sem qualquer problema aparente.</li> <li>- Gestação: 38 semanas mais três dias, normal.</li> <li>- Parto: Cesariana, sem complicações.</li> <li>- Hospital: Caldas da Rainha.</li> <li>- Apresentava: 3,285Kg de peso, 46,5 centímetros de comprimento; perímetro cefálico de 33 centímetros.</li> <li>- Índice de <i>Apgar</i>, 10/10</li> <li>- Sem necessidade de reanimação;</li> <li>- Vacinas na maternidade e rastreio de doenças metabólicas.</li> <li>- “Bom desenvolvimento”.</li> </ul>
	<b>Relatório médico</b>	<p>- <b>Relatório da Unidade de Desenvolvimento (1 outubro 2015)</b> (Anexo B): de Perturbação do Espectro do Autismo, situação clínica de natureza congénita presente desde o nascimento e de carácter permanente (doença crónica). Apresenta dificuldades académicas e comportamentais com Necessidades educativas especiais de carácter permanente, ao abrigo das medidas educativas preconizadas pelo Decreto-Lei 281/2009. Manter o acompanhamento em terapia da fala e</p>



		<p>psicomotricidade.</p> <p><b>- Relatório da Unidade de Desenvolvimento:</b> Diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, situação clínica de natureza congénita presente desde o nascimento e de carácter permanente (doença crónica). Apresenta dificuldades académicas e comportamentais com Necessidades educativas especiais de carácter permanente, ao abrigo das medidas educativas preconizadas pelo Decreto-Lei 3/2008.</p>
	<b>Avaliações de Desenvolvimento</b>	<p><b>- Childhood Autism Rating Scale (C.A.R.S.) (23 setembro 2015):</b> cotação total de 42,5, equivalente a autismo grave (elaborado pela terapeuta da fala, educadora titular e encarregada de educação).</p>
	<b>Avaliação do Plano Individual</b> (Anexo C)	<p><b>- Avaliação do Plano Individual (22 fevereiro 2017):</b> período de concentração reduzida; bom relacionamento com os colegas; grande evolução na compreensão da linguagem, expressão oral sem evolução; reage mal quando contrariada; evolução na autonomia; está a fazer treino de controlo dos esfíncteres; ajuda na alimentação; interesse nos jogos; colaborante com a técnica de IP e na terapeuta da fala.</p>

## APÊNDICE B1

---

### Guião da Entrevista Semiestruturada à Terapeuta da Fala, antes da intervenção

**Guião da Entrevista Semiestruturada à Terapeuta da Fala, antes da intervenção**

(Adaptada de Estrela, 1997, p.346)

**Tema:** Terapia *Snoezelen* em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

**Objetivos gerais:** Recolher dados referentes à criança com Perturbação do Espectro do Autismo, antes da intervenção.

Recolher informação para caracterizar a entrevistada.

Recolher informação sobre os conhecimentos adquiridos do entrevistado sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, nomeadamente nas áreas da Comunicação, Interação Social e Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas.

Recolher informação sobre a terapia *Snoezelen*, na perspetiva da entrevistada.

**Bloco Temático A:** Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado

**Bloco Temático B:** Entrevistada

**Bloco Temático C:** Perturbação do Espectro do Autismo

**Bloco Temático D:** Comunicação

**Bloco Temático E:** Interação Social

**Bloco Temático F:** Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas

**Bloco Temático G:** Terapia *Snoezelen*

**Bloco Temático H:** Finalização

<b>Blocos temáticos</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Questões orientadoras</b>	<b>Observações/ Tópicos</b>
<b>-A- Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado</b>	Legitimar a entrevista e transmitir motivação ao entrevistado	Dar a conhecer em linhas gerais o que pretendemos saber, para a elaboração do trabalho de investigação.	<p>Transmitir ao entrevistado o que se pretende com a presente entrevista.</p> <p>Contextuar a entrevista no âmbito do trabalho de campo de Mestrado em Educação Especial.</p> <p>Salientar a importância da entrevista para a realização do trabalho em questão.</p> <p>Garantir o carácter confidencial das informações prestadas.</p> <p>Solicitar autorização para gravar a entrevista.</p>
<b>-B- Entrevistada</b>	Recolher elementos descritivos sobre a Terapeuta da	<p><b>Gostaria que falasse um pouco sobre si e sobre a sua carreira profissional como Terapeuta da Fala.</b></p> <p>1 - Qual a sua idade?</p>	O modelo utilizado ao longo da entrevista deverá ser o

(cinco questões)	Fala	<p>2 - Qual a sua formação inicial?</p> <p>3 - Há quantos anos trabalha como Terapeuta da Fala?</p> <p>4 - Qual a sua situação profissional?</p> <p>5 - Realizou alguma formação centrada na Perturbação do Espetro do Autismo?</p>	<p>semidirectivo, de carácter individual.</p> <p>É de salientar que o entrevistador não deve ser interromper o entrevistado, mas sim facilitar a sua forma de se exprimir.</p>
<p><b>- C -</b></p> <p><b>Perturbação do Espetro do Autismo</b></p> <p>(seis questões)</p>	Recolher informação sobre os conhecimentos e experiência adquiridos sobre PEA, por parte do entrevistado	<p>6 - Quais os seus conhecimentos acerca da Perturbação do Espetro do Autismo?</p> <p>7 - Tem experiência com crianças com PEA nas sessões?</p> <p>8 - Na sua prática profissional, quais as maiores dificuldades sentidas com a “Maria”?</p> <p>9 - Nas sessões, que metodologia de trabalho que utiliza com “Maria”?</p> <p>10 - Na sua opinião, a “Maria” necessita de outros apoios?</p> <p>11 - Se sim, quais?</p>	<p>Entre as perguntas e respostas é fundamental haver uma articulação, para evitar que a entrevista apresente quebras.</p>
<p><b>- D-</b></p> <p><b>Comunicação</b></p> <p>(quatro questões)</p>	Recolher informação sobre as dificuldades de comunicação do sujeito de estudo	<p><b>Comunicar é uma necessidade que todos nós temos, e são inúmeras as formas de o demonstrar: através de palavras, gestos, olhares, toque e também em silêncio.</b></p> <p>12 - Na sua perspetiva, como define o desenvolvimento da linguagem e da comunicação de “Maria”?</p> <p>13 - Considera que a “Maria” consegue comunicar?</p> <p>14 - Se sim, de que forma comunica “Maria”?</p> <p>15 - E num espaço desconhecido, “Maria” comunica da mesma forma?</p>	<p>Caso surjam reações não-verbais e conotações linguísticas, deverão ser igualmente inscritas na entrevista.</p>

<p align="center"><b>- E- Interação Social</b></p> <p align="center">(três questões)</p>	<p align="center">Adquirir informação sobre as dificuldades de interação social do sujeito de estudo</p>	<p><b>As dificuldades de socialização são referidas como uma das características na PEA.</b></p> <p>16 - Como descreve a relação de “Maria” com os colegas em contexto de sala?</p> <p>17 - E como descreve a relação de “Maria” com os adulto sem contexto de sala?</p> <p>18 - Como define a sua relação com a “Maria”?</p>	<p>Mostrar disponibilidade e abertura para a compreensão das situações apresentadas.</p>
<p align="center"><b>- F- Comportamento , interesses e atividades restritas e repetitivas</b></p> <p align="center">(cinco questões)</p>	<p align="center">Recolher informação sobre os comportamentos, interesses e atividades restritas e repetitivas do sujeito de estudo</p>	<p><b>O diagnóstico de PEA manifesta com frequência dificuldades no seu comportamento em diversas situações.</b></p> <p>19 - Durante as sessões, em que situações “Maria” revela comportamentos desajustados?</p> <p>20 - Pode descrever alguns desses comportamentos?</p> <p>21 - De forma pormenorizada, pode descrever a rotina normal de “Maria” durante o apoio individualizado?</p> <p>22 - Quais os maiores interesses e motivações de “Maria”?</p> <p>23 - Quais as estereotipias que identifica na “Maria”?</p>	
<p align="center"><b>-G- Terapia <i>Snoezelen</i></b></p> <p align="center">(cinco questões)</p>	<p align="center">Recolher elementos descritivos sobre a Terapia <i>Snoezelen</i>, na perspetiva do</p>	<p>24 - O que sabe sobre a Terapia <i>Snoezelen</i>?</p> <p>25- Já esteve algum contacto ou opinião sobre o trabalho que é feito nas Terapia <i>Snoezelen</i>?</p> <p>26 - Se sim, quer partilhar?</p> <p>27- Acredita que a Terapia <i>Snoezelen</i> pode ser benéfica para crianças com PEA?</p>	

	entrevistado	28 - Na sua perspetiva, que benefícios a Terapia <i>Snoezelen</i> podem trazer para a “Maria”?	
<b>-H-</b> <b>Finalização</b> (uma questão)	Recolher dados de carácter complementar	29 - Alguma coisa que gostaria de salientar ou acrescentar?  Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade.	Agradecimentos

## **APÊNDICE B2**

---

**Guião da Entrevista Semiestruturada à Educadora Titular, antes da intervenção**



**Guião da Entrevista Semiestruturada à Educadora Titular, antes da intervenção**

(Adaptada de Estrela, 1997, p.346)

**Tema:** Terapia *Snoezelen* em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

**Objetivos gerais:** Recolher dados referentes à criança com Perturbação do Espectro do Autismo, antes da intervenção.

Recolher informação para caracterizar a entrevistada.

Recolher informação sobre os conhecimentos adquiridos do entrevistado sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, nomeadamente nas áreas da Comunicação, Interação Social e Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas.

Recolher informação sobre a terapia *Snoezelen*, na perspetiva da entrevistada.

**Bloco Temático A:** Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado

**Bloco Temático B:** Entrevistada

**Bloco Temático C:** Perturbação do Espectro do Autismo

**Bloco Temático D:** Comunicação

**Bloco Temático E:** Interação Social

**Bloco Temático F:** Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas

**Bloco Temático G:** Terapia *Snoezelen*

**Bloco Temático H: Finalização**

<b>Blocos temáticos</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Questões orientadoras</b>	<b>Observações/ Tópicos</b>
<p><b>-A-</b></p> <p><b>Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado</b></p>	<p>Legitimar a entrevista e transmitir motivação ao entrevistado</p>	<p>Dar a conhecer em linhas gerais o que pretendemos saber, para a elaboração do trabalho de investigação.</p>	<p>Transmitir ao entrevistado o que se pretende com a presente entrevista.</p> <p>Contextuar a entrevista no âmbito do trabalho de campo de Mestrado em Educação Especial.</p> <p>Salientar a importância da entrevista para a realização do trabalho em questão.</p> <p>Garantir o carácter confidencial das informações prestadas.</p> <p>Solicitar autorização para gravar a entrevista.</p>
<p><b>-B-</b></p> <p><b>Entrevistada</b></p> <p>(cinco questões)</p>	<p>Recolher elementos descritivos sobre a educadora</p>	<p><b>Gostaria que falasse um pouco sobre si e sobre a sua carreira profissional, como educadora de infância.</b></p> <p>1- Qual a sua idade?</p>	<p>O modelo utilizado ao longo da entrevista deverá ser o semidirectivo, de carácter</p>

	titular do sujeito de estudo	2- Qual a sua formação inicial? 3- Há quantos anos leciona? 4- Qual a sua situação profissional? 5- Realizou alguma formação centrada na Perturbação do Espectro do Autismo?	individual.  É de salientar que o entrevistador não deve ser interromper o entrevistado, mas sim facilitar a sua forma de se exprimir.
<b>- C - Perturbação do espectro do Autismo</b> (seis questões)	Recolher dados sobre os conhecimentos e experiência adquiridos sobre PEA, por parte do entrevistado	6- Quais os seus conhecimentos acerca da Perturbação do Espectro do Autismo? 7- Tem experiência com crianças com PEA em contexto de sala? 8- Na sua prática profissional, quais as maiores dificuldades sentidas com a “Maria”? 9- Na sala, que metodologia de trabalho utiliza com a “Maria”? 10- Na sua opinião, a “Maria” necessita de outros apoios? 11- Se sim, quais?	Entre as perguntas e respostas é fundamental haver uma articulação, para evitar que a entrevista apresente quebras.
<b>- D- Comunicação</b> (três questões)	Recolher informação sobre as dificuldades de comunicação do sujeito de estudo	<b>Comunicar é uma necessidade que todos nós temos, e são inúmeras as formas de o demonstrar: através de palavras, gestos, olhares, toque e também em silêncio.</b> 12- Considera que a “Maria” consegue comunicar? 13- Se sim, de que forma comunica “Maria”? 14- E num espaço desconhecido, “Maria” comunica da mesma forma?	Caso surjam reações não-verbais e conotações linguísticas, deverão ser igualmente inscritas na entrevista.
<b>- E- Interação Social</b>	Adquirir informação sobre	<b>As dificuldades de socialização são referidas como uma das características na PEA.</b>	Mostrar disponibilidade e abertura para a compreensão

(quatro questões)	as dificuldades de interação social do sujeito de estudo	<p>15- Como descreve a relação de “Maria” com os colegas da escola?</p> <p>16- E como descreve a relação de “Maria” com os adultos, em contexto de sala?</p> <p>17- Num parque infantil, “Maria” afasta-se das outras crianças?</p> <p>18- Pode explicar a reação de “Maria” no parque, perante outras crianças?</p>	das situações apresentadas.
<p><b>- F- Comportamento , interesses e atividades restritas e repetitivas</b></p> <p>(oito questões)</p>	Recolher informação sobre os comportamentos, interesses e atividades restritas e repetitivas do sujeito de estudo	<p><b>O diagnóstico de PEA manifesta com frequência dificuldades no seu comportamento em diversas situações.</b></p> <p>19- Em que situações “Maria” revela comportamentos desajustados?</p> <p>20- Pode descrever alguns desses comportamentos?</p> <p>21- De forma pormenorizada, pode descrever a rotina normal de “Maria” na sala?</p> <p>22- Quais os maiores interesses e motivações de “Maria”?</p> <p>23- Quais as estereotipias que identifica na “Maria”?</p> <p>24- Na hora das refeições, qual o comportamento de “Maria”?</p> <p>25- Já adquiriu o controlo dos esfíncteres?</p> <p>26- Se sim, como decorreu?</p>	
<p><b>-G- Terapia <i>Snoezelen</i></b></p> <p>(cinco questões)</p>	Recolher elementos descritivos sobre a Terapia <i>Snoezelen</i> , na perspetiva do	<p>27- O que sabe sobre a Terapia <i>Snoezelen</i>?</p> <p>28- Já teve algum contacto ou opinião sobre o trabalho que é feito nas Terapia <i>Snoezelen</i>?</p> <p>29- Se sim, quer partilhar?</p> <p>30- Acredita que a Terapia <i>Snoezelen</i> pode ser benéfica para crianças com PEA?</p>	

	entrevistado	31- Na sua perspetiva, que benefícios a Terapia <i>Snoezelen</i> podem trazer para a “Maria”?	
<b>-H-</b> <b>Finalização</b> (uma questão)	Recolher dados de carácter complementar	32- Alguma coisa que gostaria de salientar ou acrescentar?  Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade.	Agradecimentos

### **APÊNDICE B3**

---

#### **Guião da Entrevista Semiestruturada à Técnica de Intervenção Precoce, antes da intervenção**

**Guião da Entrevista Semiestruturada à Técnica de Intervenção Precoce, antes da intervenção**

(Adaptada de Estrela, 1997, p.346)

**Tema:** Terapia *Snoezelen* em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

**Objetivos gerais:** Recolher dados referentes à criança com Perturbação do Espectro do Autismo, antes da intervenção.

Recolher informação para caracterizar a entrevistada.

Recolher informação sobre os conhecimentos adquiridos do entrevistado sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, nomeadamente nas áreas da Comunicação, Interação Social e Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas.

Recolher informação sobre a terapia *Snoezelen*, na perspetiva da entrevistada.

**Bloco Temático A:** Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado

**Bloco Temático B:** Entrevistada

**Bloco Temático C:** Perturbação do Espectro do Autismo

**Bloco Temático D:** Comunicação

**Bloco Temático E:** Interação Social

**Bloco Temático F:** Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas

**Bloco Temático G:** Terapia *Snoezelen*

**Bloco Temático H:** Finalização

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Questões orientadoras	Observações/ Tópicos
<p><b>-A-</b></p> <p><b>Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado</b></p>	<p>Legitimar a entrevista e transmitir motivação ao entrevistado</p>	<p>Dar a conhecer em linhas gerais o que pretendemos saber, para a elaboração do trabalho de investigação.</p>	<p>Transmitir ao entrevistado o que se pretende com a presente entrevista.</p> <p>Contextuar a entrevista no âmbito do trabalho de campo de Mestrado em Educação Especial.</p> <p>Salientar a importância da entrevista para a realização do trabalho em questão.</p> <p>Garantir o carácter confidencial das informações prestadas.</p>
<p><b>-B-</b></p> <p><b>Entrevistada</b></p> <p>(Cinco questões)</p>	<p>Recolher elementos descritivos sobre a Técnica de Intervenção Precoce do sujeito de estudo</p>	<p><b>Gostaria que falasse um pouco sobre si e sobre a sua carreira profissional como Técnica de Intervenção Precoce.</b></p> <p>1- Qual a sua idade?</p> <p>2- Qual a sua formação inicial?</p> <p>3- Há quantos anos leciona?</p> <p>4- Qual a sua situação profissional?</p>	<p>O modelo utilizado ao longo da entrevista deverá ser o semidirectivo, de carácter individual.</p>



		5- Realizou alguma formação centrada na Perturbação do Espectro do Autismo?	<p>É de salientar que o entrevistador não deve ser interromper o entrevistado, mas sim facilitar a sua forma de se exprimir.</p> <p>Entre as perguntas e respostas é fundamental haver uma articulação, para evitar que a entrevista apresente quebras.</p> <p>Caso surjam reações não-verbais e conotações linguísticas, deverão ser igualmente inscritas na entrevista.</p> <p>Mostrar disponibilidade e abertura para a compreensão das situações apresentadas.</p>
<p><b>- C -</b></p> <p><b>Perturbação do Espectro do Autismo</b></p> <p>(seis questões)</p>	<p>Recolher dados sobre os conhecimentos e experiência adquiridos sobre PEA, por parte do entrevistado</p>	<p>6- Quais os seus conhecimentos acerca da Perturbação do Espectro do Autismo?</p> <p>7- Tem experiência com crianças com PEA em contexto de sala?</p> <p>8- Na sua prática profissional, quais as maiores dificuldades sentidas com a “Maria”?</p> <p>9- Que metodologia de trabalho utiliza com a “Maria”?</p> <p>10- Na sua opinião, a “Maria” necessita de outros apoios?</p> <p>11- Se sim, quais?</p>	
<p><b>- D-</b></p> <p><b>Comunicação</b></p> <p>(três questões)</p>	<p>Recolher informação sobre as dificuldades de comunicação do sujeito de estudo</p>	<p><b>Comunicar é uma necessidade que todos nós temos, e são inúmeras as formas de o demonstrar: através de palavras, gestos, olhares, toque e também em silêncio.</b></p> <p>12- Considera que a “Maria” consegue comunicar?</p> <p>13- Se sim, de que forma comunica “Maria”?</p> <p>14- E num espaço desconhecido, “Maria” comunica da mesma forma?</p>	
<p><b>- E-</b></p> <p><b>Interação Social</b></p> <p>(três questões)</p>	<p>Adquirir informação sobre as dificuldades de interação social do sujeito de estudo</p>	<p><b>As dificuldades de socialização são referidas como uma das características na PEA.</b></p> <p>15- Como descreve a relação de “Maria” com os colegas em contexto de sala?</p> <p>16- Como descreve a relação de “Maria” com os adultos, em contexto de sala?</p> <p>17- Como define a sua relação com a “Maria”?</p>	

<p><b>- F- Comportamento , interesses e atividades restritas e repetitivas</b> (cinco questões)</p>	<p>Recolher informação sobre os comportamentos, interesses e atividades restritas e repetitivas do sujeito de estudo</p>	<p><b>O diagnóstico de PEA manifesta com frequência dificuldades no seu comportamento em diversas situações.</b></p> <p>18- Em que situações “Maria” revela comportamentos desajustados?</p> <p>19- Pode descrever alguns desses comportamentos?</p> <p>20- De forma pormenorizada, pode descrever a rotina normal de “Maria” no apoio individualizado?</p> <p>21- Quais os maiores interesses e motivações de “Maria”?</p> <p>22- Quais as estereotipias que identifica na “Maria”?</p>	
<p><b>-G- Terapia <i>Snoezelen</i></b> (quatro questões)</p>	<p>Recolher elementos descritivos sobre a Terapia <i>Snoezelen</i>, na perspetiva do entrevistado</p>	<p>23- O que sabe sobre a Terapia <i>Snoezelen</i>?</p> <p>24- Já teve algum contacto ou opinião sobre o trabalho que é feito nas Terapia <i>Snoezelen</i>?</p> <p>25- Acredita que a Terapia <i>Snoezelen</i> pode ser benéfica para crianças com PEA?</p> <p>26- Na sua perspetiva, que benefícios a Terapia <i>Snoezelen</i> podem trazer para a “Maria”?</p>	
<p><b>-H- Finalização</b> (uma questão)</p>	<p>Recolher dados de carácter complementar</p>	<p>27- Alguma coisa que gostaria de salientar ou acrescentar?</p> <p>Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade.</p>	<p>Agradecimentos</p>

## **APÊNDICE B4**

---

### **Guião da Entrevista Semiestruturada à Encarregada de Educação, antes da intervenção**

**Guião da Entrevista Semiestruturada à Encarregada de Educação, antes da intervenção**

(Adaptada de Estrela, 1997, p.346)

**Tema:** Terapia *Snoezelen* em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

**Objetivos gerais:** Recolher dados referentes à criança com Perturbação do Espectro do Autismo, antes da intervenção.

Recolher informação para caracterizar a entrevistada.

Recolher informação sobre os conhecimentos adquiridos do entrevistado sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, nomeadamente nas áreas da Comunicação, Interação Social e Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas.

Recolher informação sobre a terapia *Snoezelen*, na perspetiva da entrevistada.

**Bloco Temático A:** Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado

**Bloco Temático B:** Sujeito de Estudo

**Bloco Temático C:** Perturbação do Espectro do Autismo

**Bloco Temático D:** Comunicação

**Bloco Temático E:** Interação Social

**Bloco Temático F:** Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas

**Bloco Temático G:** Terapia *Snoezelen*

**Bloco Temático H:** Finalização

<b>Blocos temáticos</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Questões orientadoras</b>	<b>Observações/ Tópicos</b>
<p><b>-A-</b></p> <p><b>Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado</b></p>	<p>Legitimar a entrevista e transmitir motivação ao entrevistado</p>	<p>Dar a conhecer em linhas gerais o que pretendemos saber, para a elaboração do trabalho de investigação.</p>	<p>Transmitir ao entrevistado o que se pretende com a presente entrevista.</p> <p>Contextuar a entrevista no âmbito do trabalho de campo de Mestrado em Educação Especial.</p> <p>Salientar a importância da entrevista para a realização do trabalho em questão.</p> <p>Garantir o carácter confidencial das informações prestadas;</p> <p>Solicitar autorização para gravar a entrevista.</p>
<p><b>-B-</b></p> <p><b>Sujeito de Estudo</b></p> <p>(cinco questões)</p>	<p>Recolher elementos descritivos sobre a família e especificamente sobre “Maria”</p>	<p><b>Gostaria que falasse um pouco sobre a sua família.</b></p> <p>1- De forma a conhecer melhor a sua família, como a descreve?</p> <p>2- Como caracteriza a sua filha em termos de personalidade?</p> <p>3- Que adjetivos escolheria para a caracterizar?</p>	<p>O modelo utilizado ao longo da entrevista deverá ser o semidirectivo, de carácter individual.</p>

		<p>4- Após o nascimento de “Maria”, os médicos/técnicos comunicaram-lhe algum problema?</p> <p>5- Quando é que se deparou com diferenças no desenvolvimento de sua filha?</p>	<p>É de salientar que o entrevistador não deve ser interromper o entrevistado, mas sim facilitar a sua forma de se exprimir.</p> <p>Entre as perguntas e respostas é fundamental haver uma articulação, para evitar que a entrevista apresente quebras.</p>
<p><b>- C -</b></p> <p><b>Perturbação do Espectro do Autismo</b></p> <p>(seis questões)</p>	<p>Recolher dados sobre os conhecimentos adquiridos sobre PEA, por parte da família</p>	<p>6- Quais os seus conhecimentos acerca da Perturbação do Espectro do Autismo?</p> <p>7- Sendo mãe de uma criança com PEA, quais os aspetos que sentiu mais dificuldade em lidar?</p> <p>8- A sua filha tem apoios de técnicos?</p> <p>9- Se sim, quais?</p> <p>10- Na sua opinião, a “Maria” necessita de outros apoios?</p> <p>11- Se sim, quais?</p>	
<p><b>- D -</b></p> <p><b>Comunicação</b></p> <p>(três questões)</p>	<p>Recolher informação sobre as dificuldades de comunicação de “Maria”</p>	<p><b>Comunicar é uma necessidade que todos nós temos, e são inúmeras as formas de o demonstrar: através de palavras, gestos, olhares, toque e também em silêncio.</b></p> <p>12- Qual a forma mais utilizada pela sua filha para se exprimir?</p> <p>13- Pode exemplificar?</p> <p>14- E num espaço desconhecido, “Maria” comunica da mesma forma?</p>	<p>Caso surjam reações não-verbais e conotações linguísticas, deverão ser igualmente inscritas na entrevista.</p>
<p><b>- E-</b></p> <p><b>Interação Social</b></p>	<p>Adquirir informação sobre as dificuldades de</p>	<p><b>As dificuldades de socialização são referidas como uma das características na PEA.</b></p> <p>15- Como descreve a relação de “Maria” com os colegas no contexto escolar?</p>	<p>Mostrar disponibilidade e abertura para a compreensão das situações apresentadas.</p>

(quatro questões)	interação social de “Maria”	<p>16- E com os adultos da sala, qual é a relação de “Maria”?</p> <p>17- Num parque infantil, “Maria” afasta-se das outras crianças?</p> <p>18- Pode explicar a reação de “Maria” no parque, perante outras crianças?</p>	
<p><b>- F- Comportamento , interesses e atividades restritas e repetitivas</b></p> <p>(onze questões)</p>	<p>Recolher informação sobre os comportamentos, interesses e atividades restritas e repetitivas de “Maria”</p>	<p><b>O diagnóstico de PEA manifesta com frequência dificuldades no seu comportamento em diversas situações.</b></p> <p>19- Em que situações “Maria” revela comportamentos desajustados?</p> <p>20- Pode descrever alguns desses comportamentos?</p> <p>21- De forma pormenorizada, pode descrever a rotina normal de “Maria” durante a semana?</p> <p>22- Quais os maiores interesses e motivações de “Maria”?</p> <p>23- Quais as estereotipias que identifica na sua filha?</p> <p>24- A sua filha tem alguma dificuldade para adormecer durante a noite?</p> <p>25- Pode falar um pouco sobre a alimentação da “Maria”?</p> <p>26- Na hora das refeições, qual o comportamento de “Maria”?</p> <p>27- Já adquiriu o controlo dos esfíncteres?</p> <p>28- Se sim, como decorreu?</p> <p>29- A sua filha necessita de medicação?</p>	
<p><b>-G- Terapia</b></p>	<p>Recolher elementos</p>	<p>30- O que sabe sobre a Terapia <i>Snoezelen</i>?</p> <p>31- Já teve algum contacto ou opinião sobre o trabalho que é feito nas Terapia</p>	

<b><i>Snoezelen</i></b> (cinco questões)	descritivos sobre a Terapia <i>Snoezelen</i>	<p><i>Snoezelen</i>?</p> <p>32- Se sim, quer partilhar?</p> <p>33- Acredita que a Terapia <i>Snoezelen</i> pode ser benéfica para crianças com PEA?</p> <p>34- Na sua perspetiva, que benefícios a Terapia <i>Snoezelen</i> podem trazer para a sua filha?</p>	
<b>-H-</b> <b>Finalização</b> (uma questão)	Recolher dados de carácter complementar	<p>35- Alguma coisa que gostaria de salientar ou acrescentar?</p> <p>Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade.</p>	Agradecimentos



## **Apêndice B5**

---

### **Guião da Entrevista Semiestruturada à Terapeuta da Fala, após a intervenção**

**Guião da Entrevista Semiestruturada à Terapeuta da Fala, após a intervenção**

(Adaptada de Estrela, 1997, p.346)

**Tema:** Terapia *Snoezelen* em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

**Objetivos gerais:** Recolher dados referentes à criança com Perturbação do Espectro do Autismo, após a intervenção.

Recolher informação sobre os conhecimentos do entrevistado sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, nomeadamente nas áreas da Comunicação, Interação Social e Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas, após a intervenção do sujeito.

Recolher informação sobre a terapia *Snoezelen*, na perspetiva da entrevistada, após a intervenção do sujeito.

**Bloco Temático A:** Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado

**Bloco Temático B:** Entrevistada

**Bloco Temático C:** Comunicação

**Bloco Temático D:** Interação Social

**Bloco Temático E:** Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas

**Bloco Temático F:** Terapia *Snoezelen*

**Bloco Temático G:** Finalização

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Questões orientadoras	Observações/ Tópicos
<p><b>-A-</b></p> <p><b>Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado</b></p>	<p>Legitimar a entrevista e transmitir motivação ao entrevistado</p>	<p>Dar a conhecer em linhas gerais o que pretendemos saber, para a elaboração do trabalho de investigação.</p>	<p>Transmitir ao entrevistado o que se pretende com a presente entrevista.</p> <p>Contextuar a entrevista no âmbito do trabalho de campo de Mestrado em Educação Especial.</p> <p>Salientar a importância da entrevista para a realização do trabalho em questão.</p> <p>Garantir o carácter confidencial das informações prestadas.</p> <p>Solicitar autorização para gravar a entrevista;</p>
<p><b>-B-</b></p> <p><b>Entrevistada</b></p> <p>(quatro questões)</p>	<p>Recolher elementos descritivos sobre a Técnica de Intervenção Precoce do</p>	<p><b>Gostaria que falasse um pouco sobre a “Maria”, tendo como base o período na qual frequentou a terapia de <i>Snoezelen</i>.</b></p> <p>1- Após a frequência de “Maria” nas sessões de <i>Snoezelen</i>, quais as maiores dificuldades sentidas no apoio individualizado?</p> <p>2- Caso tenha sentido algumas facilidades, pode referir quais?</p>	<p>O modelo utilizado ao longo da entrevista deverá ser o semidirectivo, de carácter individual.</p>

	sujeito de estudo, após as sessões de <i>Snoezelen</i>	<p>3- No apoio individualizado, houve qualquer alteração na sua metodologia de trabalho utilizado diariamente com a “Maria”?</p> <p>4- Quanto à rotina de “Maria”, surgiram alterações durante ou após o período de terapia <i>Snoezelen</i>?</p>	<p>É de salientar que o entrevistador não deve ser interromper o entrevistado, mas sim facilitar a sua forma de se exprimir.</p> <p>Entre as perguntas e respostas é fundamental haver uma articulação, para evitar que a entrevista apresente quebras.</p> <p>Caso surjam reações não-verbais e conotações linguísticas, deverão ser igualmente inscritas na entrevista.</p> <p>Mostrar disponibilidade e abertura para a compreensão das situações</p>
- C- <b>Comunicação</b> (três questões)	Recolher informação sobre as dificuldades de comunicação do sujeito de estudo, após as sessões de <i>Snoezelen</i>	<p><b>Na entrevista anterior, referiu alguns aspetos na área da comunicação, na qual sentiu mais dificuldades em lidar com a “Maria”.</b></p> <p>5- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, sentiu que “Maria” revelou alterações significativas na área da comunicação?</p> <p>6- Se sim, pode exemplificar?</p> <p>7- Na sua opinião, considera importante a continuação das sessões de <i>Snoezelen</i> para o desenvolvimento da comunicação de “Maria”?</p>	
- D- <b>Interação Social</b> (duas questões)	Adquirir informação sobre as dificuldades de interação social do sujeito de estudo, após as sessões de <i>Snoezelen</i>	<p><b>Ao longo das sessões surgiram momentos de interação entre a educadora e a “Maria”, através de brincadeiras, exploração da sala e de inúmeros materiais disponíveis.</b></p> <p>8- No contexto escolar, sentiu progressos de “Maria” na interação social com os colegas, após as sessões de <i>Snoezelen</i>?</p> <p>9- E com os adultos da sala?</p>	
- E- <b>Comportamento</b>	Recolher informação sobre os	<b>O diagnóstico de PEA manifesta com frequência dificuldades no seu comportamento em diversas situações.</b>	

<p><b>, interesses e atividades restritas e repetitivas</b></p> <p>(cinco questões)</p>	<p>comportamentos, interesses e atividades restritas e repetitivas do sujeito de estudo, após as sessões de <i>Snoezelen</i></p>	<p>10- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, sentiu algumas mudanças no comportamento de “Maria”?</p> <p>11- Se sim, em que momentos?</p> <p>12- E quanto aos comportamentos desajustados, verificou progressos?</p> <p>13- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, a “Maria” demonstrou alterações nos seus interesses e motivações?</p> <p>14- Houve registos de melhorias quanto às estereotipias de “Maria”?</p>	<p>apresentadas.</p>
<p><b>-F- Terapia <i>Snoezelen</i></b></p> <p>(seis questões)</p>	<p>Recolher elementos descritivos sobre a Terapia <i>Snoezelen</i>, na perspectiva do entrevistado, após as sessões de <i>Snoezelen</i></p>	<p>15- Atualmente, qual a sua opinião sobre as Terapia <i>Snoezelen</i>?</p> <p>16- Acredita que a Terapia <i>Snoezelen</i> pode ser benéfica para a “Maria”, nas áreas da comunicação, interação social e nos seus comportamentos?</p> <p>17- Na sua perspetiva, a Terapia <i>Snoezelen</i> poderá trazer outros benefícios para “Maria”?</p> <p>18- No seu ponto de vista, recomendaria as sessões de <i>Snoezelen</i> a alguém?</p> <p>19- Se sim, a quem recomendaria?</p>	
<p><b>-G- Finalização</b></p> <p>(uma questão)</p>	<p>Recolher dados de carácter complementar</p>	<p>20- Alguma coisa que gostaria de salientar ou acrescentar?</p> <p>Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade.</p>	<p>Agradecimentos</p>

## **APÊNDICE B6**

---

**Guião da Entrevista Semiestruturada à Educadora Titular, após a intervenção**

**Guião da Entrevista Estruturada à Educadora Titular, após a intervenção**

(Adaptada de Estrela, 19974, p.346)

**Tema:** Terapia *Snoezelen* em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

**Objetivos gerais:** Recolher dados referentes à criança com Perturbação do Espectro do Autismo, após a intervenção.

Recolher informação sobre os conhecimentos do entrevistado sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, nomeadamente nas áreas da Comunicação, Interação Social e Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas, após a intervenção do sujeito.

Recolher informação sobre a terapia *Snoezelen*, na perspetiva da entrevistada, após a intervenção do sujeito.

**Bloco Temático A:** Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado

**Bloco Temático B:** Entrevistada

**Bloco Temático C:** Comunicação

**Bloco Temático D:** Interação Social

**Bloco Temático E:** Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas

**Bloco Temático F:** Terapia *Snoezelen*

**Bloco Temático G:** Finalização

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Questões orientadoras	Observações/ Tópicos
<p><b>-A-</b></p> <p><b>Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado</b></p>	<p>Legitimar a entrevista e transmitir motivação ao entrevistado</p>	<p>Dar a conhecer em linhas gerais o que pretendemos saber, para a elaboração do trabalho de investigação.</p>	<p>Transmitir ao entrevistado o que se pretende com a presente entrevista.</p> <p>Contextuar a entrevista no âmbito do trabalho de campo de Mestrado em Educação Especial.</p> <p>Salientar a importância da entrevista para a realização do trabalho em questão.</p> <p>Garantir o carácter confidencial das informações prestadas.</p> <p>Solicitar autorização para gravar a entrevista</p>



<p><b>-B- Entrevistada</b> (quatro questões)</p>	<p>Recolher elementos descritivos sobre a educadora titular do sujeito de estudo, após as sessões de <i>Snoezelen</i></p>	<p><b>Gostaria que falasse um pouco sobre a “Maria”, tendo como base o período na qual frequentou a terapia de <i>Snoezelen</i>.</b></p> <p>1- Após a frequência de “Maria” nas sessões de <i>Snoezelen</i>, quais as maiores dificuldades sentidas no contexto de sala?</p> <p>2- Caso tenha sentido algumas facilidades, pode referir quais?</p> <p>3- No contexto de sala, houve qualquer alteração no seu método de trabalho utilizado diariamente com a “Maria”?</p> <p>4- Quanto à rotina de “Maria”, surgiram alterações durante ou após o período de terapia <i>Snoezelen</i>?</p>	<p>O modelo utilizado ao longo da entrevista deverá ser o semidirectivo, de carácter individual.</p> <p>É de salientar que o entrevistador não deve ser interromper o entrevistado, mas sim facilitar a sua forma de se exprimir.</p> <p>Entre as perguntas e respostas é fundamental haver uma articulação, para evitar que a entrevista apresente quebras.</p> <p>Caso surjam reações não-verbais e conotações linguísticas, deverão ser igualmente inscritas na entrevista.</p>
<p><b>- C- Comunicação</b> (três questões)</p>	<p>Recolher informação sobre a comunicação de “Maria”, após as sessões de <i>Snoezelen</i></p>	<p><b>Na entrevista anterior, referiu alguns aspetos na área da comunicação, na qual sentiu mais dificuldades em lidar com a “Maria”.</b></p> <p>5- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, sentiu que “Maria” revelou alterações significativas na área da comunicação?</p> <p>6- Se sim, pode exemplificar?</p> <p>7- Na sua opinião, considera importante a continuação das sessões de <i>Snoezelen</i> para o desenvolvimento da comunicação de “Maria”?</p>	
<p><b>- D-</b></p>	<p>Adquirir</p>	<p><b>Ao longo das sessões surgiram momentos de interação entre a educadora e</b></p>	

<b>Interação Social</b> (três questões)	informação sobre a interação social de “Maria”, após as sessões de <i>Snoezelen</i>	<p><b>a “Maria”, através de brincadeiras, exploração da sala e de inúmeros materiais disponíveis.</b></p> <p>8- No contexto escolar, sentiu progressos de “Maria” na interação social com os colegas, após as sessões de <i>Snoezelen</i>?</p> <p>9- E com os adultos da sala?</p> <p>10- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, num parque infantil, “Maria” mantém a mesma forma de interagir com outras crianças?</p>	Mostrar disponibilidade e abertura para a compreensão das situações apresentadas.
<b>- E- Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas</b> (sete questões)	Recolher informação sobre os comportamentos, interesses e atividades restritas e repetitivas de “Maria”, após as sessões de <i>Snoezelen</i>	<p><b>O diagnóstico de PEA manifesta com frequência dificuldades no seu comportamento em diversas situações.</b></p> <p>11- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, sentiu algumas mudanças no comportamento de “Maria”?</p> <p>12- Se sim, em que momentos?</p> <p>13- E quanto aos comportamentos desajustados, verificou alguma alteração?</p> <p>14- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, a “Maria” demonstrou alterações nos seus interesses e motivações?</p> <p>15- Houve registos de melhorias quanto às estereotipias de “Maria”?</p> <p>16- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, como caracteriza o comportamento de “Maria” hora das refeições?</p> <p>17- No controlo dos esfíncteres de “Maria”, verificou algumas alterações?</p>	
<b>-F-</b>	Recolher elementos	18- Atualmente, qual a sua opinião sobre as Terapia <i>Snoezelen</i> ?	

<p><b>Terapia <i>Snoezelen</i></b> (cinco questões)</p>	<p>descritivos sobre a Terapia <i>Snoezelen</i>, na perspectiva do entrevistado</p>	<p>19- Acredita que a Terapia <i>Snoezelen</i> pode ser benéfica para a “Maria”, nas áreas da comunicação, interação social e nos seus comportamentos?</p> <p>20- Na sua perspectiva, a Terapia <i>Snoezelen</i> poderá trazer outros benefícios para “Maria”?</p> <p>21- No seu ponto de vista, recomendaria as sessões de <i>Snoezelen</i> a alguém?</p> <p>22- Se sim, a quem recomendaria?</p>	
<p><b>-G- Finalização</b> (uma questão)</p>	<p>Recolher dados de carácter complementar</p>	<p>23- Alguma coisa que gostaria de salientar ou acrescentar?</p> <p>Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade.</p>	<p>Agradecimentos</p>

## **APÊNDICE B7**

---

### **Guião da Entrevista Semiestruturada à Técnica de Intervenção Precoce, após a intervenção**

**Guião da Entrevista Semiestruturada à Técnica de Intervenção Precoce, após a intervenção**

(Adaptada de Estrela, 1997, p.346)

**Tema:** Terapia *Snoezelen* em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

**Objetivos gerais:** Recolher dados referentes à criança com Perturbação do Espectro do Autismo, após a intervenção.

Recolher informação sobre os conhecimentos do entrevistado sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, nomeadamente nas áreas da Comunicação, Interação Social e Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas, após a intervenção do sujeito.

Recolher informação sobre a terapia *Snoezelen*, na perspetiva da entrevistada, após a intervenção do sujeito.

**Bloco Temático A:** Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado

**Bloco Temático B:** Entrevistada

**Bloco Temático C:** Comunicação

**Bloco Temático D:** Interação Social

**Bloco Temático E:** Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas

**Bloco Temático F:** Terapia *Snoezelen*

**Bloco Temático G:** Finalização

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Questões orientadoras	Observações/ Tópicos
<p><b>-A-</b></p> <p><b>Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado</b></p>	<p>Legitimar a entrevista e transmitir motivação ao entrevistado</p>	<p>Dar a conhecer em linhas gerais o que pretendemos saber, para a elaboração do trabalho de investigação.</p>	<p>Transmitir ao entrevistado o que se pretende com a presente entrevista.</p> <p>Contextuar a entrevista no âmbito do trabalho de campo de Mestrado em Educação Especial.</p> <p>Salientar a importância da entrevista para a realização do trabalho em questão.</p> <p>Garantir o carácter confidencial das informações prestadas.</p> <p>Solicitar autorização para gravar a entrevista.</p>
<p><b>-B-</b></p> <p><b>Entrevistada</b></p> <p>(quatro questões)</p>	<p>Recolher elementos descritivos sobre a Técnica de Intervenção Precoce do</p>	<p><b>Gostaria que falasse um pouco sobre a “Maria”, tendo como base o período na qual frequentou a terapia de <i>Snoezelen</i>.</b></p> <p>1- Após a frequência de “Maria” nas sessões de <i>Snoezelen</i>, quais as maiores dificuldades sentidas no apoio individualizado?</p> <p>2- Caso tenha sentido algumas facilidades, pode referir quais?</p>	<p>O modelo utilizado ao longo da entrevista deverá ser o semidirectivo, de carácter individual.</p>

	sujeito de estudo, após as sessões de <i>Snoezelen</i> , após as sessões de <i>Snoezelen</i>	3- No apoio individualizado, houve qualquer alteração na sua metodologia de trabalho utilizado diariamente com a “Maria”?  4- Quanto à rotina de “Maria”, surgiram alterações durante ou após o período de terapia <i>Snoezelen</i> ?	É de salientar que o entrevistador não deve ser interromper o entrevistado, mas sim facilitar a sua forma de se exprimir.  Entre as perguntas e respostas é fundamental haver uma articulação, para evitar que a entrevista apresente quebras.  Caso surjam reações não-verbais e conotações linguísticas, deverão ser igualmente inscritas na entrevista.  Mostrar disponibilidade e abertura para a compreensão das situações apresentadas.
- C- <b>Comunicação</b> (duas questões)	Recolher informação sobre as dificuldades de comunicação do sujeito de estudo, após as sessões de <i>Snoezelen</i>	<b>Na entrevista anterior, referiu alguns aspetos na área da comunicação, na qual sentiu mais dificuldades em lidar com a “Maria”.</b>  5- Após as sessões de <i>Snoezelen</i> , sentiu que “Maria” revelou alterações significativas na área da comunicação?  6- Na sua opinião, considera importante a continuação das sessões de <i>Snoezelen</i> para o desenvolvimento da comunicação de “Maria”?	
- D- <b>Interação Social</b> (duas questões)	Adquirir informação sobre as dificuldades de interação social do sujeito de estudo, após as sessões de <i>Snoezelen</i>	<b>Ao longo das sessões surgiram momentos de interação entre a educadora e a “Maria”, através de brincadeiras, exploração da sala e de inúmeros materiais disponíveis.</b>  7- No contexto escolar, sentiu progressos de “Maria” na interação social com os colegas, após as sessões de <i>Snoezelen</i> ?  8- E com os adultos da sala?	
- E- <b>Comportamento</b>	Recolher informação sobre os	<b>O diagnóstico de PEA manifesta com frequência dificuldades no seu comportamento em diversas situações.</b>	

<p><b>, interesses e atividades restritas e repetitivas</b></p> <p>(cinco questões)</p>	<p>comportamentos, interesses e atividades restritas e repetitivas do sujeito de estudo, após as sessões de <i>Snoezelen</i></p>	<p>9- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, sentiu algumas mudanças no comportamento de “Maria”?</p> <p>10- Se sim, em que momentos?</p> <p>11- E quanto aos comportamentos desajustados, verificou progressos?</p> <p>12- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, a “Maria” demonstrou alterações nos seus interesses e motivações?</p> <p>13- Houve registos de melhorias quanto às estereotipias de “Maria”?</p>	
<p><b>-F- Terapia <i>Snoezelen</i></b></p> <p>(cinco questões)</p>	<p>Recolher elementos descritivos sobre a Terapia <i>Snoezelen</i>, na perspetiva do entrevistado, após as sessões de <i>Snoezelen</i></p>	<p>14- Atualmente, qual a sua opinião sobre as Terapia <i>Snoezelen</i>?</p> <p>15- Acredita que a Terapia <i>Snoezelen</i> pode ser benéfica para a “Maria”, nas áreas da comunicação, interação social e nos seus comportamentos?</p> <p>16- Na sua perspetiva, a Terapia <i>Snoezelen</i> poderá trazer outros benefícios para “Maria”?</p> <p>17- No seu ponto de vista, recomendaria as sessões de <i>Snoezelen</i> a alguém?</p> <p>18- Se sim, a quem recomendaria?</p>	
<p><b>-G- Finalização</b></p> <p>(uma questão)</p>	<p>Recolher dados de carácter complementar</p>	<p>19- Alguma coisa que gostaria de salientar ou acrescentar?</p> <p>Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade.</p>	<p>Agradecimentos</p>



## **APÊNDICE B8**

---

### **Guião da Entrevista Semiestruturada à Encarregada de Educação, após a intervenção**

**Guião da Entrevista Semiestruturada à Encarregada de Educação, após a intervenção**

(Adaptada de Estrela, 1997, p.346)

**Tema:** Terapia *Snoezelen* em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

**Objetivos gerais:** Recolher dados referentes à criança com Perturbação do Espectro do Autismo, após a intervenção.

Recolher informação sobre os conhecimentos do entrevistado sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, nomeadamente nas áreas da Comunicação, Interação Social e Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas, após a intervenção do sujeito.

Recolher informação sobre a terapia *Snoezelen*, na perspetiva da entrevistada, após a intervenção do sujeito.

**Bloco Temático A:** Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado

**Bloco Temático B:** Sujeito de Estudo

**Bloco Temático C:** Comunicação

**Bloco Temático D:** Interação Social

**Bloco Temático E:** Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas

**Bloco Temático F:** Terapia *Snoezelen*

**Bloco Temático G:** Finalização

<b>Blocos temáticos</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Questões orientadoras</b>	<b>Observações/ Tópicos</b>
<b>-A- Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado</b>	Legitimar a entrevista e transmitir motivação ao entrevistado	Dar a conhecer em linhas gerais o que pretendemos saber, para a elaboração do trabalho de investigação.	<p>Transmitir ao entrevistado o que se pretende com a presente entrevista.</p> <p>Contextuar a entrevista no âmbito do trabalho de campo de Mestrado em Educação Especial.</p> <p>Salientar a importância da entrevista para a realização do trabalho em questão.</p> <p>Garantir o carácter confidencial das informações prestadas;</p> <p>Solicitar autorização para gravar a entrevista.</p>
<b>-B- Sujeito de Estudo (duas questões)</b>	Recolher elementos descritivos sobre “Maria”, após as sessões de	<p><b>Gostaria que falasse um pouco sobre a sua família, tendo em consideração o período de frequência de “Maria” na terapia de <i>Snoezelen</i>.</b></p> <p>1-Como caracteriza a sua filha em termos de personalidade, após as sessões de <i>Snoezelen</i>?</p>	O modelo utilizado ao longo da entrevista deverá ser o semidirectivo, de carácter

	<i>Snoezelen</i>	2- Ao longo das sessões de <i>Snoezelen</i> , a rotina diária de “Maria” foi alterada?	individual.
<b>- C - Comunicação</b> (três questões)	Recolher informação sobre a comunicação de “Maria”, após as sessões de <i>Snoezelen</i>	<p><b>Na entrevista anterior, referiu alguns aspetos na área da comunicação, na qual sentiu mais dificuldades em lidar com a sua filha “Maria”.</b></p> <p>3- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, sentiu que “Maria” revelou alterações significativas na área da comunicação?</p> <p>4- Se sim, pode exemplificar?</p> <p>5- Na sua opinião, considera importante a continuação das sessões de <i>Snoezelen</i> para o desenvolvimento da comunicação de “Maria”?</p>	É de salientar que o entrevistador não deve ser interromper o entrevistado, mas sim facilitar a sua forma de se exprimir.
<b>- D- Interação Social</b> (duas questões)	Adquirir informação sobre a interação social de “Maria”, após as sessões de <i>Snoezelen</i>	<p><b>Ao longo das sessões surgiram momentos de interação entre a educadora e a “Maria”, através de brincadeiras, exploração da sala e de inúmeros materiais disponíveis.</b></p> <p>6- No contexto familiar, sentiu progressos de “Maria” na interação social após as sessões de <i>Snoezelen</i>?</p> <p>7- Se sim, pode exemplificar?</p>	Entre as perguntas e respostas é fundamental haver uma articulação, para evitar que a entrevista apresente quebras.
<b>- E- Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas</b>	Recolher informação sobre os comportamentos, interesses e atividades restritas e	<p><b>O diagnóstico de PEA manifesta com frequência dificuldades no seu comportamento em diversas situações.</b></p> <p>8- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, sentiu algumas mudanças no comportamento de sua filha?</p> <p>9- E quanto aos comportamentos desajustados, verificou progressos?</p> <p>10- Se sim, pode exemplificar?</p>	Caso surjam reações não-verbais e conotações linguísticas, deverão ser igualmente inscritas na entrevista.

(oito questões)	repetitivas de “Maria”, após as sessões de <i>Snoezelen</i>	<p><b>“Maria” é uma criança com vários interesses e motivações.</b></p> <p>11- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, a “Maria” demonstrou alterações nos seus interesses e motivações?</p> <p>12- Houve registos de melhorias quanto às estereotipias de “Maria”?</p> <p>13- E quanto ao sono, a sua filha demonstrou maior facilidade para adormecer durante a noite?</p> <p>14- Após as sessões de <i>Snoezelen</i>, como caracteriza o comportamento de “Maria” hora das refeições?</p> <p>15- No controlo dos esfíncteres de “Maria”, verificou algumas alterações?</p>	
<p><b>-F-</b></p> <p><b>Terapia</b></p> <p><b><i>Snoezelen</i></b></p> <p>(seis questões)</p>	Recolher elementos sobre a Terapia <i>Snoezelen</i> , na perspectiva do encarregado de educação	<p>16- Atualmente, qual a sua opinião sobre as Terapia <i>Snoezelen</i>?</p> <p>17- Acredita que a Terapia <i>Snoezelen</i> pode ser benéfica para a “Maria”, nas áreas da comunicação, interação social e nos seus comportamentos?</p> <p>18- Na sua perspetiva, a Terapia <i>Snoezelen</i> poderá trazer outros benefícios para a sua filha?</p> <p>19- No futuro, desejaria que a “Maria” continuasse a frequentar as sessões de <i>Snoezelen</i>?</p> <p>20- No seu ponto de vista, recomendaria as sessões de <i>Snoezelen</i> a alguém?</p> <p>21- Se sim, a quem recomendaria?</p>	
<b>-H-</b>	Recolher dados de carácter	22- Alguma coisa que gostaria de salientar ou acrescentar?	Agradecimentos

<b>Finalização</b> (uma questão)	complementar	Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade.	
-------------------------------------	--------------	--	--

## APÊNDICE C

---

### Modelo de Pré- testagem

### Pré-testagem da entrevista

☐ Antes da intervenção

☐ Após a intervenção

Data: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

<b>Tempo de duração da entrevista</b>	
<b>Considera a estrutura da entrevista clara?</b>	
<b>As questões foram claras? Caso considere questões ambíguas, quais e porquê?</b>	
<b>Surgiu alguma questão que não respondeu? Se sim, qual (ais)?</b>	
<b>Na sua perspetiva, foi omitido algum tópico importante? Se sim, qual (ais)?</b>	
<b>Recusou responder a alguma questão? Se sim, qual?</b>	
<b>Outras observações ou comentários?</b>	

Fonte in: Bell, Judith (1997), Como realizar um Projecto de Investigação. Lisboa: Gradiva, p.110



## **APÊNDICE D**

---

### **Análise de Conteúdo das Entrevistas Semiestruturadas**

### **Análise de Conteúdo das Entrevistas Semiestruturadas**

A análise de conteúdo das entrevistas foi elaborada através dos dados recolhidos nas entrevistas. São quatro os inquiridos na qual contribuíram para as entrevistas: A Terapeuta da Fala (TF), a Educadora Titular (ET), a Técnica de Intervenção Precoce (TIP) e a Encarregada de Educação (EE).

#### **Bloco 1**

*Quadro 4- Dimensão1- Categoria: Conhecimento e experiência sobre PEA, por parte dos entrevistados*

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Frequência</b>	<b>Total</b>
Conhecimento e experiência sobre PEA, por parte dos entrevistados	Conhecimento sobre PEA	“É um transtorno global do desenvolvimento” (EE, TF)	2	21
		“perturbação neurológica que nasce com a criança” (TIP)	1	
		“afeta a parte da socialização, linguagem e comportamento” (EE, TF)	2	
		“domínio social onde se vê maior comprometimento” (TF)	1	
		“têm problemas de socialização” (TIP)	1	
		“domínio da linguagem e comunicação, nota-se a nível verbal e não-verbal.” (TF)	1	
		“domínio do comportamento, acaba muitas vezes por comprometer o desenvolvimento das outras áreas” (TF)	1	
		“Mostram um atraso intelectual” (TF)	1	
		“têm um grande desenvolvimento em algumas áreas” (TIP)	1	
		“são muito inteligentes” (TIP)	1	
		“perturbações associadas a alimentares, do sono” (TF)	1	

		“deteta normalmente na idade... de criança” (TF)	1	
		“perdura até à idade adulta” (TF)	1	
		“não apontarem” (EE)	1	
		“não terem reação que deveriam ter em determinada situação” (EE)	1	
		“estão noutro mundo” (EE)	1	
		“A gente chama por eles e continuam a brincar” (EE)	1	
		“reconheço algumas características” (ET)	1	
		“e sei algumas dicas” (ET)	1	
	Experiência profissional com crianças com PEA	“Sim, (...) este ano” (ET,TIP)	2	8
		“Sim” (TF)	1	
		“tive (...) casos profundos” (TF)	1	
		“tive alguns casos mais simples” (TF)	1	
		“Neste momento tenho mais três casos” (TF)	1	
		“Não, nunca tive!” (TIP)	1	
		“Eu tive contacto durante dois dias” (TIP)	1	
	Maiores dificuldades sentidas na prática profissional com “Maria”	“com muita falta de regras” (ET)	1	32
		“não para” (ET)	1	
		“não quer ficar junto do grupo” (ET)	1	
		“emite ruídos e batuques” (ET)	1	
		“perturbar a concentração do resto do grupo” (ET)	1	
		“criança muito instável” (ET)	1	
		“não mostra muito interesse” (ET)	1	
		“não aceita muito bem” (ET)	1	

		“difícil com um grupo de 23 crianças” (ET)	1	
		“difícil o educador sozinho dar o apoio que ela necessitaria” (ET)	1	
		“precisava de mais tempo para ela” (ET)	1	
		“o comportamento” (TF)	1	
		“preciso é que ela queira interagir connosco” (TF)	1	
		“que não haja aquela irritabilidade” (TF)	1	
		“negar tudo o que é proposto” (TF)	1	
		“num estado tal que não é possível comunicar” (TF)	1	
		“não nos ouve” (TF)	1	
		“ela recusa e empurra” (TF)	1	
		“atirar o material para o chão” (TF)	1	
		“por vezes faz muito bem o contato visual (...) breves momentos” (TIP)	1	
		“é uma menina especial” (TIP)	1	
		“é muito afetuosa” (TIP)	1	
		“nunca tive contacto com crianças mais graves...” (TIP)	1	
		“precisava de um espaço mais amplo” (TIP)	1	
		“aqui são muitos meninos” (TIP)	1	
		“se calhar ter um lugar mais reservado” (TIP)	1	
		“inserida num grupo muito grande” (TIP)	1	
		“estas crianças deviam estar	1	

		integradas numa sala com uma pessoa só para ela" (TIP)		
		"há momentos que ela socializa, mas há momentos que ela não" (TIP)	1	
		"está no mundo dela" (TIP)	1	
		"não partilha nada!" (TIP)	1	
		"às vezes até se torna agressiva e bate aos colegas" (TIP)	1	
	Maiores dificuldades sentidas com "Maria"	"tudo muito complicado" (EE)	1	9
		"nenhum pai está preparado para isto" (EE)	1	
		"Precisamos de ter bastante apoio" (EE)	1	
		"ela não comunicar, não dizer as primeiras palavras." (EE)	1	
		"tive que aprender a comunicar com a "Maria". " (EE)	1	
		"e tive que aprender a mudar a minha maneira de ser" (EE)	1	
		"muita calma, programar uma rotina" (EE)	1	
		"começa numa crise e acaba numa birra" (EE)	1	
		"os pais não têm noções" (EE)	1	
	Metodologia de trabalho	"trabalho individualizado" (ET, TIP)	2	
		"um bocadinho para trabalhar com ela, na estimulação" (ET)	1	
		"é apoiada pela técnica de intervenção precoce" (ET)	1	
		"elaboramos uns cartões com as diferentes rotinas" (ET)	1	

		“ela não quer ficar sentada” (ET)	1	19
		“Depende (...) há uma linha base” (TF)	1	
		“é pegar nas várias metodologias de intervenção (...) como estratégias” (TF)	1	
		“por ir sempre ao encontro do centro de interesse da criança” (TF)	1	
		“descer entre aspas, ao nível dela” (TF)	1	
		“tentar imitar nas suas verbalizações” (TF)	1	
		“o reforçar positivamente constantemente” (TF)	1	
		“exigir pouco para poder reforçar de imediato” (TF)	1	
		“estruturar ao máximo o que sabemos que eles gostam (...) como se fosse método TEACCH” (TF)	1	
		“com atividades adequadas ao pré-escolar” (TIP)	1	
		“trabalho modelagem, jogos, afetos, contato visual conosco, as histórias.” (TIP)	1	
		“tentar não mudar muito o ambiente” (TF)	1	
		“do imitar e tentar chegar à criança, que tem a ver com a metodologia do <i>SonRise</i> ” (TF)	1	
		“várias metodologias e usar aquilo que é mais adequado” (TF)	1	
	Apoios	“Claro quer sim, precisa” (ET, TF, TIP, EE)	4	31
		“consulta de desenvolvimento” (EE)	1	

		“é seguida três em três meses pela pediatra” (EE)	1	
		“fazíamos momentos de <i>floortime</i> ” (EE)	1	
		“trabalhamos o que podemos trabalhar” (EE)	1	
		“tem professora de ensino especial” (EE)	1	
		“acompanhada pela terapia da fala” (ET, EE)	2	
		“apoio da técnica de intervenção precoce” (ET)	1	
		“difícil o educador sozinho dar o apoio que ela necessitaria” (ET)	1	
		“precisava de mais tempo para ela” (ET)	1	
		“tudo é válido” (TF)	1	
		“tentava tudo o que eu ouvisse falar, faria <i>SonRise</i> , TEACCH” (TF)	1	
		“mais técnicos a trabalhar nesse sentido” (TF)	1	
		“precisa de um psicólogo, de um terapeuta” (TF)	1	
		“uma técnica de Educação Especial e de Reabilitação” (TF)	1	
		“trabalhar várias metodologias e tentar várias técnicas” (TF)	1	
		“tudo aquilo que pode ser benéfico para aquela criança” (TF)	1	
		“aquilo que é para uma criança pode não ser para outra” (TF)	1	

		“equipa multidisciplinar tentar saber o que cada um está a fazer” (TF)	1	
		“não estarmos a massacrar a criança com muitos apoios e horários preenchidos” (TF)	1	
		“vários técnicos dispensa-se, quando um técnico pode abranger todas as áreas” (TF)	1	
		“Não deve ser em grandes quantidades” (EE)	1	
		“até que ponto uma terapia feita à base de música poderia ajudar” (EE)	1	
		“Há terapias também com animais, são fantásticas” (EE)	1	
		“devem ser diversificadas, um bocadinho de tudo” (EE)	1	
		“há quem diga que a natação é bom para a expressão do corpo” (EE)	1	
		“era preciso mais horas de intervenção, com um horário mais preenchido” (TF)	1	

Quadro 5- Dimensão 2- Categoria: Comunicação na PEA, relativamente ao sujeito

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	Total
Comunicação na PEA, relativamente ao sujeito	Dados sobre a comunicação do sujeito: como comunica nos diversos contextos	“Atualmente ela olha nos olhos” (EE)	1	38
		“há expressão facial: por um sorriso, por um som” (EE)	1	
		“ já aponta” (EE, TF)	2	
		“ainda é muito à base do comportamento” (EE)	1	



		“sim...” (ET, TIP)	2	
		“comunicar facilmente” (ET)	1	
		“expressa-se através dos afetos” (TIP, ET)	2	
		“menina muito carinhosa, afetuosa” (TIP)	1	
		“está zangada, deita-se no chão, faz birras” (ET)	1	
		“controlo dos esfíncteres, tem sido muito da nossa parte (...) porque ela não pede” (ET)	1	
		“não pede os brinquedos, chega e tira à força” (ET)	1	
		“quanto à linguagem ela está muito atrasada” (ET, TF)	2	
		“imita alguns sons” (ET)	1	
		“poucas coisas são perceptíveis” (ET)	1	
		“ainda está difícil a comunicação oral” (ET)	1	
		“tem a ver com o interesse da “Maria” (ET)	1	
		“desvio do olhar” (TIP)	1	
		“ela compreende mais do que aquilo que se expressa oralmente” (TF)	1	
		“leva-nos até onde quer” (TF)	1	
		“direciona o olhar para aquilo que ela quer” (TF)	1	
		“não interage connosco muito tempo através do olhar” (TF)	1	
		“forma de comunicar é a mesma, mas pode ter formas de reação diferentes” (TF)	1	

		“é conforme os estímulos que vai encontrando” (TF)	1	
		“porque ela sabe que está a errar” (TIP)	1	
		“não é muito contrariada em casa” (TIP)	1	
		“fazemos as perguntas, mas ela muitas vezes demonstra que não percebe” (TIP)	1	
		“comunicação dela muitas vezes é feita no inglês” (TIP)	1	
		“ela comunica em silêncio” (TIP)	1	
		“percebemos que ela já está no mundo dela” (TIP)	1	
		“comunica com gestos” (TIP)	1	
		“reage da mesma forma como se estivesse na sala” (TIP)	1	
		“vamos ao parque, ela porta-se bem” (ET)	1	
		“Não temos muitas experiências fora do contexto de sala” (ET, TIP)	2	
	Desenvolvimento da linguagem e comunicação do sujeito	“já utiliza diversas palavras, mas não por sistema com intuito para comunicar” (TF)	1	3
		“raríssimo ela juntar duas palavras” (TF)	1	
		“Normalmente tem palavras isoladas” (TF)	1	

Quadro 6- Dimensão 3- Categoria: Interação Social na PEA, relativamente ao sujeito

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	Total
Interação Social na PEA, relativamente ao sujeito	Relação entre sujeito e os pares	“colegas protegem-na” (ET)	1	18
		“eles notam que ela é diferente!” (ET)	1	
		“ajudam-na em imensas coisas” (ET)	1	
		“ela brinca muitas vezes com os outros, mas brinca sozinha” (ET, TF, TIP)	3	
		“não está a interagir diretamente com elas” (ET, TF, TIP,EE)	4	
		“tem esse desenvolvimento interpessoal perturbado” (TF)	1	
		“Está no mundo dela” (ET)	1	
		“momento não tem grande capacidade de interação” (TF, TIP)	2	
		“tira e empurra as coisas aos outros” (TIP)	1	
		“Penso que é boa” (EE)	1	
		“há a expressão facial do riso” (EE)	1	
		“também troca a expressão facial do riso, quando vêm ter com ela” (EE)	1	
	Relação entre o sujeito e outras crianças	“Não” (ET)	1	6
		“está com elas, simplesmente” (ET)	1	
		“Ela brinca no mundo dela” (ET)	1	
		“gosta de estar com elas” (EE)	1	
		“não está a brincar com as outras crianças” (ET)	1	
		“ela não interage com estas” (ET)	1	
	Relação entre sujeito e os	“boa relação” (ET)	1	8
		“abraça-se a qualquer adulto da sala”	1	

	adultos	(ET)		
		“há uma interação mais facilitada” (TF)	1	
		“a interação já está melhor” (TF)	1	
		“Ela dirige-se aos adultos para qualquer coisa” (TIP)	1	
		“ela sabe que faz alguma de errado, ela vem logo e dá beijinho” (TIP)	1	
		“tem vindo a melhorar com os anos” (TF)	1	
		“a “Maria” vai ter com essa pessoa: observa-a a expressão facial (...) vai com o indicador na face ” (EE)	1	
	Relação entre sujeito e o entrevistado	“boa relação” (ET)	1	8
		“proteção” (ET)	1	
		“nos vai chamar para a ajudar” (ET)	1	
		“não sei se ela tem aquela grande relação de empatia” (TF)	1	
		“eu se fosse outra pessoa diferente teria o mesmo tipo de atitude e comportamento” (TF)	1	
		“Não vejo nenhuma relação privilegiada” (TF)	1	
		“É muito boa” (TIP)	1	
		“É muito querida e afetuosa” (TIP)	1	

Quadro 7 - Dimensão 4- Categoria: Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas na PEA, relativamente ao sujeito

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	Total
Comporta-	Situações e	“Quando é contrariada”	4	28

mento, interesses e atividades restritas e repetitivas na PEA, relativamente ao sujeito	descrições de comportamen- tos desajustados	(EE, ET, TF, TIP)		
		“Na socialização” (TIP)	1	
		“No acolhimento (tapete)” (TIP)	1	
		“quando ela está no grupo e não quer estar sentada ” (TIP)	1	
		“ela levanta-se muito” (TIP)	1	
		“Após ser contrariada, pode fazer uma série de reações” (EE, TF)	2	
		“desde uma birra de forma simples ou não” (TF, TIP)	2	
		“temos, que comunicar através do comportamento e dos gestos” (EE)	1	
		“Pode mostrar voz de zangada” (TF)	1	
		“tenho que insistir, e ela grita” (EE)	1	
		“atirar as coisas para o chão” (TF, TIP)	2	
		“ela própria deitar-se no chão, e fazer uma grande birra” (TF)	1	
		“ouvir um simples “não” ou “agora não”, é o suficiente para desencadear os comportamentos desajustados” (TF)	1	
		“ela tem muitas vezes.” (TF)	1	
		“tenho que voltar atrás e tento compreender todos os passos que fez antes, para o porquê da birra” (EE)	1	
		“eu aplico o meu método, até obter o comportamento desejado” (EE)	1	
		“tem muita falta de regras” (ET)	1	
		“por parte da família (...) não a querem contrariar” (ET)	1	
		“Às vezes no almoço, agarra assim com a mão... um bocadinho	1	

		desajustado” (TIP)		
		“a mãe está, a “Maria” não tem a mesma postura, como quando está connosco” (ET)	1	
		“conto uma história, nem sempre é fácil” (ET)	1	
		“por vezes ainda consigo que ela esteja um bocadinho sentada” (ET)	1	
	Rotina do sujeito no apoio individualizado	“marcamos as presenças” (ET)	1	19
		“conto uma história” (ET)	1	
		“Fazemos o reconto” (ET)	1	
		“a seguir há uma atividade dirigida” (ET)	1	
		“mesa na sala, onde tem jogos dirigidos especialmente para ela” (ET)	1	
		“Depois tem atividades livres” (ET)	1	
		“a seguir ao almoço há uma pausa (...) veem filme” (ET)	1	
		“à tarde, terminamos a atividade iniciada, ou outra” (ET)	1	
		“participa à maneira dela” (ET)	1	
		“depois tiramos um bocadinho” (ET)	1	
		“No dia-a-dia vou busca-la quando está ao pé dos colegas” (TIP)	1	
		“Ela tem uma mesinha na sala só para ela” (TIP)	1	
		“estarmos par a par” (TIP)	1	
		“ela tem noção que aquilo é rotina” (TIP)	1	
		“normalmente não é dado a escolher o que ela quer fazer” (TF)	1	

		“tem que estar minimamente estruturado e organizado” (TF)	1	
		“Vamos ajustando” (TF)	1	
		“estiver a correr muito bem, continua-se com o mesmo tipo de material” (TF)	1	
		““Maria” vai por volta das 18h30” (ET)	1	
	Rotina do sujeito durante a semana	“Levantar às 7h30” (EE)	1	8
		“há os abraços e os mimos” (EE)	1	
		“há dias que colabora, e eu para não a contrariar, pergunto” (EE)	1	
		“eles precisam muito tempo para compreender o que se tem de fazer, o tempo é escasso” (EE)	1	
		“dou tempo para ela e preparo as coisas para o dia” (EE)	1	
		“Ela diz “Chau” e vamos vestir o casaco e trocar sapatos” (EE)	1	
		“ela tem que ir ao colo, desde vestir o casaco até ao fundo das escadas” (EE)	1	
		“É muito complicado” (EE)	1	
	Interesses e motivações do sujeito	“Ela gosta de muito do “Rossa” (cor de rosa)” (EE)	1	22
		“gosta de camisola com bonecos que conheça” (EE)	1	
		“gosta muito de música” (EE, ET)	2	
		“ter música na escola, ajuda a desenvolver as competências da criança” (EE)	1	
		“adora ver músicas com coreografias” (ET)	1	
		“tinha muito o bater (pum, pum, pum)”	1	

		(EE)		
		“piquinhos” (ET)	1	
		“garagem” (ET)	1	
		“perceber o que ela mais gosta” (TF)	1	
		“são os animais” (TF)	1	
		“comida” (TF)	1	
		“cores” (TF, ET)	2	
		“Maria” funcionam com as letras” (TF)	1	
		“números” (TF)	1	
		“jogos” (TIP)	1	
		“espelho” (TIP)	1	
		“bola” (TIP)	1	
		“cantar” (TIP)	1	
		“encaixes” (ET)	1	
		“desenhar, não mostra muito interesse” (TIP)	1	
	Estereotipias do sujeito	“dela se isolar” (ET)	1	16
		“vai para o espelho e senta-se a bater ritmada” (ET, TF)	2	
		“com um olhar vago” (ET)	1	
		“torce os olhos (...) a olhar para cima e para baixo, e está naquele ritmo” (ET)	1	
		“abanava” (TF)	1	
		“brincava com fitinhas” (TF)	1	
		“organizava sempre da mesma maneira as peças” (TF)	1	
		“jogos: pega em todas as peças e faz (...) faz este ritual em todas as peças” (TIP)	1	
		“ainda obsessiva a arrumar o material”	1	



		(TF)		
		“limpa as mãos, e a seguir a cara, sempre” (TIP)	1	
		“ao longo do tempo têm estado a atenuar” (EE)	1	
		“é um trabalho em casa e na escola” (EE)	1	
		“sabemos que é para descontrair” (EE)	1	
		“folhear os livros” (ET)	1	
		“gosta muito de encaixes” (ET)	1	
	Sono	“ela acordar e temos necessidade de ir ter com ela” (EE)	1	7
		Agora dorme bem, geralmente o pai ou eu é que vamos ter com ela” (EE)	1	
		“agora aceita, e saímos de lá em pezinhos de lá” (EE)	1	
		“se ela não está bem durante a noite e (...) até às quatro da manhã começa a cantar” (EE)	1	
		“vai para a cama às 10h ou 10h30” (EE)	1	
		“Fizemos várias experiências para a deitar mais cedo” (EE)	1	
		“Ela acordava sempre à noite” (EE)	1	
	Alimentação	“ela está a fazer uma dieta sem lacticínios e sem glúten, sem soja” (EE)	1	4
		“dieta quase há dois anos” (EE)	1	
		“Parece diminuir aqueles comportamentos indesejáveis” (EE)	1	
		“tudo articulado, obtemos resultados	1	

		positivos" (EE)		
	Comportamentos do sujeito no período das refeições	"conforme a refeição" (ET)	1	9
		"Tem dias de pegar no talher e comer sozinha" (ET)	1	
		"o adulto a dar a refeição, ela rejeita" (ET)	1	
		"Ela deita-se na cadeira" (ET)	1	
		"o talher tem muita dificuldade em usar" (ET)	1	
		"Fica sentadinha" (ET)	1	
		"Uns dias positivos, outros dias negativos" (EE)	1	
		"em casa foge da mesa" (EE)	1	
		"eu tenho medo (...) colocamos a comida com uma colher" (ET)	1	
	Medicação	"Na minha opinião, não! Nem quero que ela tome qualquer tipo de medicação" (EE)	1	1
	Controlo de esfíncter	"Sim" (EE)	1	9
		"é outro trabalho que está a ser feito na escola e em casa" (EE)	1	
		"muitos dias positivos" (EE)	1	
		"não pede, nem vai sozinha" (ET)	1	
		"ela faz, mas temos que ser nós adultos a solicitar" (ET)	1	
		"cocó (...) faz sempre na cueca" (ET)	1	
		"faz na sanita, é porque por acaso" (ET)	1	
		"ela não pede nem controla" (ET)	1	
		"há dias que as coisas não correm bem" (EE)	1	

Quadro 8 - Dimensão 5- Categoria: Terapia *Snoezelen*, na perspetiva do entrevistado

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	Total
Terapia <i>Snoezelen</i> , na perspetiva do entrevistado	Conhecimento sobre a terapia <i>Snoezelen</i>	“Muito pouco” (ET, TIP)	2	10
		“Sei o que é” (TF)	1	
		“É uma terapia” (EE)	1	
		“tem a ver com a estimulação dos sentidos, as cores, as luzes” (ET, TF, EE)	3	
		“É uma terapia complementar” (EE)	1	
		“não como uma terapia que cura” (EE)	1	
		“estimular os sentidos primários de modo a dar prazer e relaxar” (TF)	1	
	Contacto ou opinião sobre a terapia <i>Snoezelen</i>	“Sim, tenho opinião” (ET)	1	25
		“Sim, tenho” (TF, EE)	2	
		“Não, não tenho” (TIP)	1	
		“ela já fez <i>Snoezelen</i> comigo” (EE)	1	
		“noto que ela fica mais sossegada, mais apaziguada, mais relaxada” (EE)	1	
		“mas o <i>Snoezelen</i> não interfere, não vai alterar (...) se estiver a fazer uma crise, ela não deixa de fazer” (EE)	1	
		“algumas colegas que já foram com os grupos de crianças” (ET)	1	
		“acho que foi muito positivo” (ET)	1	
		“Contacto não tenho” (ET)	1	
		“mas imagino... exercícios de ioga” (TIP)	1	
		“estão ali deitadinhos ou sentados e a terapeuta ocupacional (...) faz exercícios com vários materiais sensoriais	1	

		que apelam aos sentidos" (TIP)		
		"não sei se é uma terapeuta ocupacional!" (TIP)	1	
		"Sobre a terapia propriamente dita, eu não sei" (TF)	1	
		"Cheguei a ver crianças a explorar a sala" (TF)	1	
		"reportagem na RTP que falou desta terapia" (EE)	1	
		"Quem lida com elas, nota-se uma alteração no comportamento". (EE)	1	
		"nunca observei uma sessão de terapia de <i>Snoezelen</i> " (TF)	1	
		"para as crianças ficarem mais calmas" (TIP)	1	
		"e receptivas a outros estímulos" (TIP)	1	
		"Tenho uma ideia como funciona" (TF)	1	
		"muito organizada como terapia" (TF)	1	
		"relaxamento em grupo" (TF)	1	
		"na prática nunca trabalhei" (TF)	1	
		"sei o que se faz." (TF)	1	
	Benefícios da terapia <i>Snoezelen</i> para crianças com PEA	"Eu acredito" (TF)	1	18
		"Sem dúvida! Acho muito importante!" (TIP)	1	
		"sim, que é benéfico" (EE)	1	
		"são estimulados os sentidos" (TF)	1	
		"têm sensações de prazer" (TF)	1	
		"aquele nível de relaxamento que é possível obter numa sala assim" (TF)	1	
		"Será sempre um complemento de ajuda a outras terapias" (EE)	1	

		“se for feita com alguma consistência” (TF)	1	
		“se for pontualmente os resultados não são os desejados” (TF)	1	
		“possível reduzir aquele estado de irritabilidade, de <i>stress</i> que a criança tem constantemente” (TF)	1	
		“estando mais relaxada...se calhar terá uma atitude diferente nessas situações” (TF)	1	
		“quanto mais cedo, não é só desde o jardim-de-infância, mas é desde bebés” (TIP)	1	
		“deveriam ser terapias gratuitas” (TIP)	1	
		“inseridas na vida da criança, desde que seja diagnosticada esta problemática” (TIP)	1	
		“proveitoso para estas crianças” (ET)	1	
		“é muito válida a experiência” (TF)	1	
		“Acho que todas as escolas que tenham autismo deveriam ter essa terapia” (TIP)	1	
		“o Sistema de Saúde permitisse que essa terapia fosse gratuita” (TIP)	1	
	Benefícios da terapia <i>Snoezelen</i> para o sujeito	“Conseguindo um relaxamento maior” (TF)	1	22
		“forma dela se descontrair “ (ET)	1	
		“relaxar, se abstrair de todos os estímulos dentro da sala” (ET)	1	
		“forma a reduzir essa irritabilidade que ela tem constantemente” (TF)	1	
		“se conseguisse maior interação” (TF)	1	

		“ela adira às atividades com outro tipo de atitude, tudo!” (TF)	1	
		“aprender a conhecer o seu corpo” (EE)	1	
		“uma atitude mais ativa” (TF)	1	
		“acho que sim, que isso é possível” (TF)	1	
		“Calma, muita calma” (TIP)	1	
		“pode também ajudar a estar mais relaxada para fazer outras tarefas” (EE)	1	
		“são trabalhados múltiplos estímulos” (TIP)	1	
		“isso vai revelar-se no desenvolvimento da criança” (TIP)	1	
		“Há os técnicos que têm na Intervenção Precoce (...) mas pouco é o acompanhamento” (TIP)	1	
		“serve para apaziguar a criança” (EE)	1	
		“estar num ambiente calmo, sossegado, relaxada, sem ter nada que interferisse” (EE)	1	
		“A nível cognitivo, psicomotor... em todas as área” (TIP)	1	
		“vai adquirir momentos de brincadeira lúdica, concentração e descontração” (TIP)	1	
		“mesmo na percepção e concentração das coisas” (TIP)	1	
		“na sala de jardim de infância não temos esses momentos de silêncio” (TIP)	1	
		“Estas crianças têm um nível de	1	

		concentração muito baixo” (TIP)		
		“é possível reduzir aquele estado de irritabilidade” (TF)	1	

Quadro 9- Dimensão 6- Categoria: Dados de carácter complementar

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	Total
Dados de carácter complementar		“Não” (EE, TF, ET, TIP)	4	8
		“é muito válida esta experiência” (TF)	1	
		“É uma abordagem interdisciplinar que se pretende, daí a importância dessa experiência” (TF)	1	
		“Espero que as sessões (...) sejam benéficas de forma a estar mais calma...” (ET)	1	
		“Se tivesse resultados positivos (...) importante a mãe continuar com estar terapia”. (ET)	1	

## Bloco 2

Quadro 10 - Dimensão 1 - Categoria: Descrição do entrevistado sobre o sujeito.

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	Total
Descrição do sujeito, pelo entrevistado	Caracterização do sujeito	“Houve alterações” (EE)	1	5
		“veio a revelar-se que ela adormecia com mais facilidade” (EE)	1	
		“Vinha mais calma” (EE)	1	
		“Na personalidade, não se notou qualquer alteração” (EE)	1	

		“Quando contrariada, tinha reação diferente” (EE)	1	25
	Dificuldades e facilidades sentidas na prática profissional com o sujeito	“Vem mais calma” (ET, TIP)	2	
		“ela não resiste tanto quando é contrariada” (ET)	1	
		“aceita as nossas instruções” (ET)	1	
		“brinca isoladamente sempre” (ET)	1	
		“mais concentrada no que está a fazer” (ET, TIP)	2	
		“consegue executar uma tarefa: um jogo” (ET)	1	
		“houve ali evolução a nível de comportamento” (TIP)	1	
		“aderia mais facilmente” (TIP)	1	
		“não fazia as birras” (TIP)	1	
		“dificuldades mantiveram-se” (TIP)	1	
		“estrava no mundo dela” (TIP)	1	
		“alterações positivas no comportamento” (TIP)	1	
		“Era impensável estar ali quietinha” (TIP)	1	
		“Eu achei ótimo, para mim a terapia deveria permanecer o tempo todo” (TIP)	1	
		“dificuldades regrediram” (TF)	1	
		“mais Zen” (TF)	1	
		“mais relaxada” (TF)	1	
		“Não tem comparação nenhuma!” (TIP)	1	
		“sem tanto sentimento de recusa... acabava sempre de fazer aquilo que	1	



		era pedido” (TF)		
		“notou-se” (TF)	1	
		“comportamento de oposição notou-se diferença” (TF)	1	
		“reagia sempre de forma negativa (...)notou-se melhoras” (TF)	1	
		“Reduziram as birras” (TF)	1	
	Alterações na metodologia de trabalho	“Não” (ET, TIP, TF)	3	4
		“Dei continuidade do trabalho que estava a ser feito” (TF)	1	
	Alterações na rotina do sujeito	“Não” (ET, TIP, TF)	3	5
		“Ela fez as sessões no momento (...) grupo está numa pausa” (ET)	1	
		“Sempre igual” (EE)	1	

Quadro 11- Dimensão 2 - Categoria: Comunicação na PEA, relativamente ao sujeito

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	Total
Comunicação na PEA, relativamente ao sujeito	Alterações na comunicação do sujeito	“Sim” (TF)	1	12
		“Notou-se em termos de comunicação porque melhorou em interação” (TF)	1	
		“passou a cumprir ordens que não cumpria” (TF)	1	
		“pequenas orientações, que antes reagia mal” (TF)	1	
		“Não” (TIP, ET)	2	
		“nos dias das terapias, noto que ela não está tão virada para implicar” (ET)	1	
		“nós estamos a notar que ela está a começar a fazer frases, mas não sei se tem a ver com a terapia	1	

		<i>Snoezelen.</i> ” (EE)		
		“começou a apontar, juntar as imagens” (TF)	1	
		“começou-se a perceber que ela compreendia” (TF)	1	
		“demonstrou que compreendia ordens” (TF)	1	
		“está no mundo dela, calma (...). Não desafia tanto dos colegas, porque tinha tendência de ir estragar” (ET)	1	
	Opinião da importância de continuidade da terapia de <i>Snoezelen</i>	“importante continuar a experiência” (TF)	1	18
		“ver se teve a ver com a situação ou não, ou se foi mera coincidência” (TF)	1	
		“teve numa fase boa” (TF)	1	
		“Sim” (TIP, EE)	2	
		“Na comunicação, eu não vi qualquer alteração” (ET)	1	
		“a alteração que conseguimos ver, é o comportamento (...) calma, com foco maior de atenção” (ET)	1	
		“Pouquinho tempo” (TIP)	1	
		“Doze sessões, é como um adaptar” (TIP)	1	
		“já estava adaptada, tinha que haver continuidade” (TIP)	1	
		“talvez mais doze sessões iríamos notar mais e mais na comunicação” (TIP)	1	
		“notamos (...) a fazer frases” (EE)	1	
		“não sei se tem a ver com a terapia”	1	

		(EE)		
		“Ela tem vocabulário, já fazia frases (... ) notei que é recente” (EE)	1	
		“fatores que comprometem (...) parte económica” (EE)	1	
		“fator (...) disponibilidade de tempo” (EE)	1	
		Atualmente não digo que não seja possível” (EE)	1	
		“prolongar teríamos mais certeza que funcionou, resultou com ela” (TF)	1	

Quadro 12 - Dimensão 3- Categoria: Interação Social na PEA, relativamente ao sujeito

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	Total
Interação Social na PEA, relativamente ao sujeito	Alterações na interação entre o sujeito e os pares	“Não” (ET, TIP)	2	11
		“trabalho mais individualizado” (TIP)	1	
		“Não notei assim muito” (TIP)	1	
		“Não notei que tivesse assim uma evolução a nível da interação” (TIP)	1	
		“estou com ela no período da tarde (...) está mais cansada” (TIP)	1	
		“se calhar no período da manhã (...)poderia notar isso” (TIP)	1	
		“tem tudo para se notar” (TF)	1	
		“reduzir as birras, está mais desperta para uma interação” (TF)	1	
		“é só mesmo quando a vou buscar, mas é possível que sim” (TF)	1	
		“acho que sim” (TF)	1	

	Alterações na interação entre o sujeito e os adultos	“Não” (ET, TIP)	2	5
		“Sim” (TF)	1	
		“ não se impor a tudo o que é pedido , melhora a interação” (TF)	1	
		“ela passou a aderir melhora” (TF)	1	
	Alterações na relação entre o sujeito e outras crianças	“Não” (ET)	1	1
	Alterações na relação entre sujeito e a família	“Sim” (EE)	1	7
		“Notei mais interação” (EE)	1	
		“já está a interagir mais connosco” (EE)	1	
		“tem vindo a melhorar” (EE)	1	
		“não posso afirmar se seja por causa da terapia” (EE)	1	
		“ quem sabe se o <i>Snoezelen</i> está a contribuir para ajudar a desenvolver” (EE)	1	
		“são muitas coisas juntas” (EE)	1	

Quadro 13 - Dimensão 4 - Categoria: Comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas na PEA, relativamente ao sujeito

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	Total
Comportamento, interesses e atividades restritas e	Alterações nos comportamentos desajustados	“vem das sessões, tolera melhor tudo” (ET)	1	13
		“idas à casa de banho (...) aceita ir, mesmo que não faça nada” (ET)	1	

repetitivas na PEA, relativamente ao sujeito		“notei” (TIP)	1	
		“Sim” (EE)	1	
		“Em grande grupo, não posso avaliar muito, mas em individual sim” (TIP)	1	
		“não fazer essas birras” (TIP)	1	
		“colabora muito mais e aceita” (TIP)	1	
		“comportamentos de oposição (...) notou-se” (TF)	1	
		“em relação aquilo que é solicitado (...) nesse aspeto melhorou” (TF)	1	
		“não manda brinquedos para o chão (...) nunca mais aconteceu” (TF)	1	
		“vinha mais calma, menos ansiosa” (TF)	1	
		“mais calma” (TIP)	1	
		“nota-se uma calma diferente” (TIP)	1	
	Alterações nos comportamentos do sujeito	“Sim” (ET, TIP, EE)	3	27
		“estragar e destruir as construções dos colegas (...) após as sessões, ela vem mais descontrainda” (ET)	1	
		“destruir (...) não faz com tanta frequência” (ET)	1	
		“está no mundinho dela” (ET, TF)	2	
		“sozinha” (ET)	1	
		“não faz aquelas birras” (TIP, TF)	2	
		“trabalho individual (...) noto mais” (TIP)	1	
		“mais calma” (ET, TIP, EE)	3	
		“vinha calma demais que fazia com que ficasse mais alheia, podíamos falar, falar, e ela estava a entoar	1	

		canções no mundo dela” (TF)		
		“calminha na cadeira” (TF)	1	
		“não se opunha” (TF)	1	
		“quando não há quebra de rotina das sessões, notamos” (EE)	1	
		“apaziguada” (EE)	1	
		“mais tranquila” (EE)	1	
		“adormece com mais facilidade” (EE)	1	
		“nota-se pequenas alterações” (EE)	1	
		“ sessões contínuas, notamos só melhoras” (EE)	1	
		“trazia sensação de bem estar” (TF)	1	
		“seguir “chamá-la” e tentar trazer ao nosso mundo” (TF)	1	
		“mais recetiva” (TIP)	1	
		“não provoca os colegas” (ET)	1	
	Alterações nos interesses e motivações do sujeito	“Não” (ET, TIP, EE)	3	6
		“Não noto diferença” (TIP, TF)	2	
		“não houve alterações” (TF)	1	
	Alterações nas estereotipias do sujeito	“Ela já não ... está tão focada” (ET)	1	6
		“não desapareceram, mas não é como era” (EE)	1	
		“Não sei se tema ver com estas terapias” (ET)	1	
		“algum tempo ela não faz estas estereotipias” (ET)	1	
		“não” (TIP)	1	
		“não notei” (TF)	1	
	Alterações no período de	“acorda ao meio da noite, ela aceita-nos e adormece logo” (EE)	1	8

	sono no sujeito	“procura aconchego do colo do pai e da mãe no sofá” (EE)	1	
		“Estava mais calma” (EE)	1	
		“À noite notava” (EE)	1	
		“relaxada” (EE)	1	
		“um estado de espírito diferente” (EE)	1	
		“apaziguada” (EE)	1	
		“adormece com mais facilidade” (EE)	1	
	Comportament os do sujeito no período das refeições	“não noto alteração nenhuma” (ET, EE)	2	2
	Alterações no controlo do esfíncter	“Não” (ET)	1	3
		“tem vindo a melhorar” (EE)	1	
		“não sei se é do <i>Snoezelen</i> “ (EE)	1	

Quadro14 - Dimensão 5 - Categoria: Terapia *Snoezelen* na perspetiva do entrevistado

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	Total
Terapia <i>Snoezelen</i> na perspetiva do entrevistado	Opinião sobre a terapia <i>Snoezelen</i>	“devem ser sessões que promovem o relaxamento” (ET)	1	18
		“ajuda a desenvolver os comportamentos” (ET)	1	
		“devia ser inserido no Plano Nacional de Saúde” (TIP)	1	
		“terapia sensacional” (TIP)	1	
		“surpreendeu” (EE)	1	
		“houve alterações” (EE)	1	
		“muito importante para todas as crianças problemáticas e com esta	1	

		perturbação” (TIP)		
		“não é só para crianças com autismo” (TIP)	1	
		“devia ser terapia grátis para todas as crianças” (TIP)	1	
		“até mesmo para crianças com problemas comportamentais” (TIP)	1	
		“experiência positiva” (TF)	1	
		“sinto que “Maria” tem saudades das sessões” (EE)	1	
		“possivelmente surgiu efeito” (TF)	1	
		“Agora estou numa de experimentar” (EE)	1	
		“Ela tem mesmo necessidade de <i>Snoezelen</i> ” (EE)	1	
		“vi a alegria e bem estar que ela teve em fazer, nota-se que ela pede” (EE)	1	
		“deveria continuar para ver se continuaria a ter resultados” (TF)	1	
		“conseguem descontraír e relaxar (...) trará calma, sem <i>stress</i> ” (TF)	1	
	Benefícios da terapia <i>Snoezelen</i> no sujeito, nas áreas da comunicação, interação social e nos comportamentos	“penso que sim” (ET, TF)	2	11
		“É benéfico” (ET, TIP)	2	
		“importante mesmo” (TIP)	1	
		“mãe não ter capacidades económicas” (TIP)	1	
		“certamente a mãe terá sentido diferença no comportamento” (TIP)	1	
		“melhora a interação” (TIP)	1	
		“fica mais desperta ao que o adulto diz e pede” (TF)	1	



		“melhorando a interação e socialização, também melhora a comunicação” (TF)	1	
		“Sim” (EE)	1	
	Outros benefícios da terapia <i>Snoezelen</i> para o sujeito	“Não sei responder” (ET)	1	8
		“Na personalidade dela” (TIP)	1	
		“ser uma pessoa mais calma” (TIP)	1	
		“isto altera a personalidade” (TIP)	1	
		“assume regras, o que faz reflexo na vida social, na família...em tudo” (TIP)	1	
		“influencia-lhe em todos os campos” (TIP)	1	
		“Acho que sim” (TF, EE)	2	
	Continuação em usufruir as terapias de <i>Snoezelen</i>	“Sim” (EE)	1	7
		“Já falei com ela, e expliquei por palavras simples” (EE)	1	
		“Ela precisa” (EE)	1	
		“eu sinto que ela gosta” (EE)	1	
		“vamos fazer maneira com que ela consiga ter, mas em condições diferentes” (EE)	1	
		“gostaria mesmo (...) Agrupamento de Escolas onde será inserida tivesse um cantinho de <i>Snoezelen</i> , mas não só para ela” (EE)	1	
		“era material para ajudar o professor e o educador” (EE)	1	
	Recomendações de terapia de <i>Snoezelen</i>	“Sim” (ET, TIP, TF, EE)	4	22
		“tento divulgar” (EE)	1	
		“Às crianças e adultos que são portadores de Espectro do Autismo, a pessoas com Alzheimer, pessoas com	1	

		Demência, pessoas que sintam que precisam desabafar com alguém (como um psicólogo)” (EE)		
		“não se conhece efeitos negativos secundários” (ET)	1	
		“qualquer pessoa pode fazer” (ET)	1	
		“Recomendaria (...) hiperatividade” (ET, TF)	2	
		“défices de atenção e concentração” (ET)	1	
		“só tem vantagens” (ET)	1	
		“não há inconvenientes” (ET)	1	
		“até já fiz recomendações a colegas que acompanham crianças com perturbações” (TIP)	1	
		“Espaço com momento de descontração e de estimulação” (TIP)	1	
		“é bom para toda a gente” (TIP)	1	
		“a autistas” (TF)	1	
		“crianças com problemas mentais” (TF)	1	
		“meninos de comportamentos desajustados” (TF)	1	
		“a todos os meninos e adultos no geral” (TF)	1	
		“a todos os que passam pela necessidade de relaxamento” (TF)	1	
		“pessoas que tenham problemáticas de sono, ansiedade, <i>stress</i> ” (TIP)	1	

Quadro 15 - Dimensão 6- Categoria: Dados de carácter complementar

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	Total
Dados de carácter complementar		“acho que tem feito bem à “Maria”” (ET)	1	11
		“tem trazido mais paz” (ET)	1	
		“é muito positivo” (ET)	1	
		“alguém devia fazer (não sei quem) com que estas terapias fossem mais divulgadas” (TIP)	1	
		“uma petição para (...) incluída no Sistema Nacional de Saúde” (TIP)	1	
		“importante não só para estas crianças, é (...) família” (TIP)	1	
		“família é bombardeada com uma doença destas” (TIP)	1	
		“médicos dizem que compreendem... não, não compreendem” (TIP)	1	
		“Era importante a Terapia <i>Snoezelen</i> ser explorada na Intervenção Precoce” (TIP)	1	
		“espero que este projeto ganhe asas e se expanda” (EE)	1	
		“muito orgulho se isto na Lourinhã estivesse a crescer” (EE)	1	

## APÊNDICE E1

---

### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº1

### Planificação da sessão de *Snoezelen* (1)

Nome	"Maria"		
Acompanhante	Rute Teodoro e Catarina Oliveira (técnica)		
Sessão nº	1	Hora	
Data	7 março 2017	Inicial	Final
Local	CSCR	13h	14h
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Proporcionar bem-estar;</li><li>- Explorar o ambiente da sala <i>Snoezelen</i>;</li><li>- Identificar os pontos de interesse/ preferência do sujeito;</li></ul>		
Procedimentos		Material	Duração
Preparação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Receção do sujeito;</li><li>- Preparação do vestuário e sapatos;</li><li>- Criar ambiente com: música dinâmica e estimulante (em simultâneo com o projetor de discos) e difusor de cheiro (rosas);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Leitor de DVD</li><li>- CD</li><li>- Difusor</li></ul>	5 minutos
Estimulação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Convidar o sujeito a participar na escolha da atividade;</li><li>- Explorar colunas de água e espelho;</li><li>- Explorar fibra ótica;</li><li>- Explorar piscina de bolas;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Coluna de água</li><li>- Espelho</li><li>- Fibra ótica</li><li>- Piscina de bolas</li></ul>	25 minutos
Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Música ambiente calma e relaxante;</li><li>- Deitar o sujeito no colchão de água e massajar rosto e mãos, com creme (fragância de baunilha);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Leitor de DVD</li><li>- CD</li><li>- Colchão de água</li><li>- Creme</li></ul>	15 minutos
Finalização	<ul style="list-style-type: none"><li>- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos;</li><li>- Arrumação do material;</li><li>- Despedida;</li></ul>	-----	5 minutos

## APÊNDICE E2

---

### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº2

### Planificação da sessão de *Snoezelen* (2)

Nome	"Maria"		
Acompanhante	Rute Teodoro e Catarina Oliveira (técnica)		
Sessão nº	2	Hora	
Data	8 março 2017	Inicial	Final
Local	CSCR	13h	14h
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diminuir a ansiedade;</li><li>- Proporcionar o bem-estar do sujeito;</li><li>- Desenvolver a consciência corporal e autoconhecimento;</li></ul>		
Procedimentos		Material	Duração
Preparação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Receção do sujeito;</li><li>- Preparação do vestuário e sapatos;</li><li>- Criar ambiente com luz negra e com música dinâmica e estimulante (em simultâneo com o projetor de discos);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Televisão LED</li><li>- Projetor</li><li>- Luz negra</li></ul>	5 minutos
Estimulação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Explorar o material disponível que reflete com a luz negra;</li><li>- Explorar fibra ótica;</li><li>- Explorar colunas de água e espelho;</li><li>- Explorar o material de causa-efeito;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Coluna de água</li><li>- Espelho</li><li>- Fibra ótica</li></ul>	25 minutos
Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Música ambiente calma e relaxante;</li><li>- Desativar a luz negra e fibra ótica;</li><li>- Deitar o sujeito no colchão de água e massajar rosto e mãos, com a luva sensorial;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Televisão</li><li>- Luva sensorial</li><li>- Colchão de água</li></ul>	15 minutos
Finalização	<ul style="list-style-type: none"><li>- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos;</li><li>- Arrumação do material;</li><li>- Despedida;</li></ul>	-----	5 minutos

## APÊNDICE E3

---

### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº3



### Planificação da sessão de *Snoezelen* (3)

Nome	"Maria"		
Acompanhante	Rute Teodoro		
Sessão nº	3		Hora
Data	9 março 2017	Inicial	Final
Local	CSCR	13h	14h
Objetivos	- Proporcionar momentos de relaxamento; - Promover o bem-estar;		
Procedimentos		Material	Duração
Preparação	- Receção do sujeito;  - Preparação do vestuário e sapatos;  - Preparação do ambiente com música dinâmica e estimulante (em simultâneo com o projetor de discos) e difusor de cheiro (rosas);	- Televisão LED  - Difusor	5 minutos
Estimulação	- Convidar o sujeito a participar na escolha da atividade;  - Explorar o espelho, em simultâneo com brinquedos;  - Explorar fibra ótica, através do toque nas várias partes do corpo;  - Explorar as texturas, sons, cores, tamanhos das diversas bolas, em simultâneo com as almofadas	- Brinquedos  - Espelho  - Fibra ótica  - Almofadas  - Bolas diversas	25 minutos
Relaxamento	- Música ambiente calma e relaxante;  - Explorar as texturas dos livros;  - Deitar o sujeito no colchão de água e massajar rosto e mãos, com creme (fragância de baunilha);	- Televisão LED  - Livros  - Colchão de água  - Creme	15 minutos
Finalização	- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos;  - Arrumação do material;  - Despedida;	-----	5 minutos

#### APÊNDICE E4

---

##### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº4

### Planificação da sessão de *Snoezelen* (4)

Nome	"Maria"		
Acompanhante	Rute Teodoro e Catarina Oliveira (técnica)		
Sessão nº	4	Hora	
Data	16 março 2017	Inicial	Final
Local	CSCR	13h	14h
Objetivos	- Proporcionar bem-estar; - Desenvolver a noção causa-efeito; - Desenvolver a interação entre o sujeito e o acompanhante;		
Procedimentos		Material	Duração
Preparação	- Receção do sujeito; - Preparação do vestuário e sapatos; - Criar ambiente com música dinâmica e estimulante;	- Leitor de DVD  - CD	5 minutos
Estimulação	- Convidar o sujeito a participar na escolha da atividade; - Explorar colunas de água e espelho; - Explorar os instrumentos musicais, interagindo com o adulto, em simultâneo com as almofadas vibratórias;	- Coluna de água  - Espelho  - Instrumentos M.  - Almofada vibrat.	25 minutos
Relaxamento	- Música ambiente calma e relaxante; - Deitar o sujeito no colchão de água e explorar as diversas bolas com texturas, tamanhos e cores; - Explorar a piscina de bolas, interagindo com o adulto;	- Leitor de DVD  - Colchão de água  - Bolas diversas  - Piscina de bolas	15 minutos
Finalização	- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos; - Arrumação do material; - Despedida;	-----	5 minutos

## APÊNDICE E5

---

### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº5

### Planificação da sessão de *Snoezelen* (5)

Nome	"Maria"		
Acompanhante	Rute Teodoro		
Sessão nº	5	Hora	
Data	20 março 2017	Inicial	Final
Local	CSCR	13h	14h
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Proporcionar bem-estar;</li><li>- Explorar o ambiente da sala <i>Snoezelen</i>;</li><li>- Promover momentos de relaxamento;</li></ul>		
Procedimentos		Material	Duração
Preparação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Receção do sujeito;</li><li>- Preparação do vestuário e sapatos;</li><li>- Criar ambiente com música dinâmica e estimulante, em simultâneo com o projetor de discos;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Leitor de DVD</li><li>- CD</li><li>- Projetor</li></ul>	5 minutos
Estimulação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Convidar o sujeito a participar na escolha da atividade;</li><li>- Explorar colunas de água e espelho;</li><li>- Explorar fibra ótica, em simultâneo sobre as almofadas;</li><li>- Explorar piscina de bolas, em simultâneo com bolas de diferentes texturas, cores, tamanhos e cores;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Coluna de água</li><li>- Espelho</li><li>- Fibra ótica</li><li>- Piscina de bolas</li><li>- Bolas diversas</li><li>- Almofadas vibrat.</li></ul>	25 minutos
Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Música ambiente calma e relaxante, em simultâneo com o projetor estrelar;</li><li>- Deitar o sujeito no colchão de água quente e massajar membros superiores e inferiores com creme (fragância de baunilha);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Leitor de DVD</li><li>- Colchão de água</li><li>- Creme</li><li>- Projetor</li></ul>	15 minutos
Finalização	<ul style="list-style-type: none"><li>- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos;</li><li>- Arrumação do material;</li><li>- Despedida;</li></ul>	-----	5 minutos

## APÊNDICE E6

---

### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº6

**Planificação da sessão de *Snoezelen* (6)**

Nome	“Maria”		
Acompanhante	Rute Teodoro		
Sessão nº	5	Hora	
Data	20 março 2017	Inicial	Final
Local	CSCR	13h	14h
Objetivos	- Proporcionar bem-estar; - Explorar o ambiente da sala <i>Snoezelen</i> ; - Promover momentos de relaxamento;		
Procedimentos		Material	Duração
Preparação	- Receção do sujeito;  - Preparação do vestuário e sapatos;  - Criar ambiente com música dinâmica e estimulante, em simultâneo com o projetor de discos;	- Leitor de DVD  - CD  - Projetor	5 minutos
Estimulação	- Convidar o sujeito a participar na escolha da atividade;  - Explorar colunas de água e espelho;  - Explorar fibra ótica, em simultâneo sobre as almofadas;  - Explorar piscina de bolas, em simultâneo com bolas de diferentes texturas, cores, tamanhos e cores;	- Coluna de água  - Espelho  - Fibra ótica  - Piscina de bolas  - Bolas diversas  - Almofadas vibrat.	25 minutos
Relaxamento	- Música ambiente calma e relaxante, em simultâneo com o projetor estrelar;  - Deitar o sujeito no colchão de água quente e massajar membros superiores e inferiores com creme (fragância de baunilha);	- Leitor de DVD  - Colchão de água  - Creme  - Projetor	15 minutos
Finalização	- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos;  - Arrumação do material;  - Despedida;	-----	5 minutos

## APÊNDICE E7

---

### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº7



### Planificação da sessão de *Snoezelen* (7)

Nome	"Maria"		
Acompanhante	Rute Teodoro		
Sessão nº	7	Hora	
Data	23 março 2017	Inicial	Final
Local	CSCR	13h	14h
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Proporcionar bem-estar;</li><li>- Desenvolver a consciência corporal e autoconhecimento;</li><li>- Desenvolver a concentração;</li></ul>		
Procedimentos		Material	Duração
Preparação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Receção do sujeito;</li><li>- Preparação do vestuário e sapatos;</li><li>- Criar ambiente com música dinâmica e estimulante (em simultâneo com o projetor de discos) e difusor de cheiro (canela);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Leitor de DVD</li><li>- CD</li><li>- Difusor</li><li>- Projetor</li></ul>	5 minutos
Estimulação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Convidar o sujeito a participar na escolha da atividade;</li><li>- Explorar colunas de água e espelho, através dos pés e mãos e ouvir/sentir a vibração;</li><li>- Explorar fibra ótica nas diversas s partes do corpo;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Coluna de água</li><li>- Espelho</li><li>- Fibra ótica</li></ul>	25 minutos
Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Música ambiente calma e relaxante;</li><li>- Deitar o sujeito no colchão de água (baloçar lentamente) e explorar os livros com texturas e imagens;</li><li>- Massagem com fibra ótica, em simultâneo com o projetor estrelar;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Leitor de DVD</li><li>- Colchão de água</li><li>- Fibra ótica</li><li>- Livros</li><li>- Projetor</li></ul>	15 minutos
Finalização	<ul style="list-style-type: none"><li>- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos;</li><li>- Arrumação do material;</li><li>- Despedida;</li></ul>	-----	5 minutos

## APÊNDICE E8

---

### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº8

### Planificação da sessão de *Snoezelen* (8)

Nome		"Maria"		
Acompanhante		Rute Teodoro		
Sessão nº	8		Hora	
Data	24 março 2017		Inicial	Final
Local	CSCR		13h	14h
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Proporcionar bem-estar;</li><li>- Explorar o ambiente da sala <i>Snoezelen</i>;</li><li>- Promover momentos de relaxamento;</li></ul>			
Procedimentos			Material	Duração
Preparação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Receção do sujeito;</li><li>- Preparação do vestuário e sapatos;</li><li>- Criar ambiente com música dinâmica estimulante (sons dos animais da quinta;</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Leitor de DVD</li><li>- CD</li></ul>	5 minutos
Estimulação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Convidar o sujeito a participar na escolha da atividade;</li><li>- Explorando o esquema corporal, através da bola gigante (ginástica), em simultâneo com o espelho;</li><li>- Explorar fibra ótica, entre o sujeito e acompanhante;</li><li>- Explorar garrafas com brilhos, cores e tamanhos diferentes (sobre as almofadas disponíveis);</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Espelho</li><li>- Fibra ótica</li><li>- Bolas diversas</li><li>- Almofadas</li></ul>	25 minutos
Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Música ambiente calma e relaxante;</li><li>- Deitar o sujeito no colchão de água e massajar com fibra ótica nas pernas e pés; Explorar os livros, em simultâneo com o projetor estrelar;</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Leitor de DVD</li><li>- Livros</li><li>- Projetor</li><li>- Colchão de água</li></ul>	15 minutos
Finalização	<ul style="list-style-type: none"><li>- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos;</li><li>- Arrumação do material;</li><li>- Despedida;</li></ul>		-----	5 minutos

## APÊNDICE E9

---

### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº9

**Planificação de sessão de *Snoezelen* (9)**

Nome	“Maria”		
Acompanhante	Rute Teodoro		
Sessão nº	9		Hora
Data	28 março 2017	Inicial	Final
Local	CSCR	13h	14h
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Promover momentos de relaxamento;</li><li>- Explorar o ambiente da sala <i>Snoezelen</i>;</li><li>- Desenvolver a interação entre o sujeito e o acompanhante;</li></ul>		
Procedimentos		Material	Duração
Preparação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Receção do sujeito;</li><li>- Preparação do vestuário e sapatos;</li><li>- Criar ambiente com música dinâmica e estimulante (em simultâneo com o projetor de discos) e difusor de cheiro (rosas);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Leitor de DVD</li><li>- CD</li><li>- Difusor</li></ul>	5 minutos
Estimulação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Convidar o sujeito a participar na escolha da atividade;</li><li>- Explorar colunas de água e espelho;</li><li>- Trajeto: almofadas, subir e descer colchão “U”, pisar discos sensoriais e encaminhar para piscina de bolas;</li><li>- Explorar fibra ótica;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Espelho</li><li>- Fibra ótica</li><li>- Piscina de bolas</li><li>- Colchão “U”</li><li>- Discos sensoriais</li></ul>	25 minutos
Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Música ambiente calma e relaxante;</li><li>- Deitar o sujeito no colchão de água e massajar pés com creme (fragância de baunilha), em simultâneo com fibra ótica;</li><li>- Sobre o colchão, explorar as bolas com o adulto;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Leitor de DVD</li><li>- Colchão de água</li><li>- Creme</li><li>- Bolas diversas</li></ul>	15 minutos
Finalização	<ul style="list-style-type: none"><li>- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos;</li><li>- Arrumação do material;</li><li>- Despedida;</li></ul>	-----	5 minutos

## APÊNDICE E10

---

### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº10

**Planificação da sessão de *Snoezelen* (10)**

Nome	"Maria"			
Acompanhante	Rute Teodoro			
Sessão nº	10		Hora	
Data	29 março 2017		Inicial	Final
Local	CSCR		13h	14h
Objetivos	- Promover momentos de relaxamento; - Desenvolver a interação entre o sujeito e o acompanhante;			
Procedimentos		Material	Duração	
Preparação	- Receção do sujeito;  - Preparação do vestuário e sapatos;  - Criar ambiente com som do mar (em simultâneo com o projetor de discos);	- Televisão LED  - Projetor	5 minutos	
Estimulação	- Convidar o sujeito a participar na escolha da atividade;  - Explorar colunas de água em simultâneo com brinquedos diversos;  - Explorar fibra ótica, em simultâneo com as almofadas vibratórias;  - Brincadeiras simples na piscina de bolas e brinquedos;	- Coluna de água  - Fibra ótica  - Piscina de bolas  - Almofada vibrat.  - Brinquedos	25 minutos	
Relaxamento	- Música ambiente calma e relaxante;  - Deitar o sujeito no colchão de água quente e solicitar a sua colaboração para massajar as mãos do adulto com creme (fragância de baunilha), em simultâneo com o projetor estrelar;	- Televisão LED  - Colchão de água  - Creme	15 minutos	
Finalização	- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos;  - Arrumação do material;  - Despedida;	-----	5 minutos	

## APÊNDICE E11

---

### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº11



**Planificação da sessão de *Snoezelen* (11)**

Nome	"Maria"		
Acompanhante	Rute Teodoro		
Sessão nº	11		Hora
Data	30 março 2017	Inicial	Final
Local	CSCR	13h	14h
Objetivos	- Proporcionar bem-estar; - Promover momentos de relaxamento;		
Procedimentos		Material	Duração
Preparação	- Receção do sujeito;  - Preparação do vestuário e sapatos;  - Criar ambiente com música dinâmica e estimulante em simultâneo com o projetor de discos e difusor de cheiro;	- Televisão LED  - Difusor  - Projetor	5  minutos
Estimulação	- Convidar o sujeito a participar na escolha da atividade;  - Explorar colunas de água e espelho, em simultâneo com a bola de luzes;  - Explorar fibra ótica no corpo, incentivar para a interação com o adulto;  - Explorar piscina de bolas, com material sensorial;	- Coluna de água  - Fibra ótica  - Piscina de bolas  - Bola de luzes	25  minutos
Relaxamento	- Música ambiente calma e relaxante (sons da natureza);  - Deitar o sujeito no colchão de água baloiçar gradualmente. Massajar membros inferiores, com creme (fragância de baunilha);	- Televisão LED  - Colchão de água  - Creme	15  minutos
Finalização	- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos;  - Arrumação do material;  - Despedida;	-----	5  minutos

## APÊNDICE E12

---

### Planificação da sessão de *Snoezelen* nº12

### Planificação da sessão de *Snoezelen* (12)

Nome	"Maria"		
Acompanhante	Rute Teodoro		
Sessão nº	12		Hora
Data	31 março 2017	Inicial	Final
Local	CSCR	13h	14h
Objetivos	- Proporcionar bem-estar; - Promover momentos de relaxamento;		
Procedimentos		Material	Duração
Preparação	- Receção do sujeito;  - Preparação do vestuário e sapatos;  - Criar ambiente com sons da natureza: música dinâmica e estimulante;	- Leitor de DVD  - CD  - Projetor	5 minutos
Estimulação	- Convidar o sujeito a participar na escolha da atividade;  - Explorar colunas de água, em simultâneo com instrumentos musicais. Explorar sons e diversidade;  - Explorar fibra ótica, em simultâneo com as bolas e brinquedos selecionados pelo sujeito;	- Coluna de água  - Instrumentos m.  - Brinquedos  - Fibra ótica  - Bolas diversas	25 minutos
Relaxamento	- Música ambiente calma e relaxante;  - Deitar o sujeito no colchão de água e massajar mãos com creme (fragância de baunilha);  - No colchão, observar as "estrelas", envolvido numa manta;	- Leitor de DVD  - Colchão de água  - Creme  - Manta  - Projetor estrelar	15 minutos
Finalização	- Preparar o sujeito: vestir casaco e calçar sapatos;  - Arrumação do material;  - Despedida;	-----	5 minutos

## APÊNDICE F

---

### Ficha de Registo da Sessão de *Snoezelen*

### Ficha de Registo da Sessão de *Snoezelen*

<b>Nome</b>			
<b>Acompanhante</b>			

<b>Sessão nº</b>		<b>Hora</b>	
<b>Data</b>		<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
<b>Local</b>			

<b>Estado Emocional</b>		<b>Material utilizado</b>	
Contente		Colchão de água	
Contrariado		Fibra ótica	
Relaxado		Coluna de água	
Agitado		Espelho	
Triste		Bolas diversas	
Calmo		Almofadas vibratórias	
Curioso		Cremes/ essência	
Desinteressado		Livros	
		Brinquedos	
		Projetores	
		Música/ CD	
		Piscina de bolas	
		Instrumentos musicais	
		Pufe	
		Tapetes/ texturas	

<b>Comportamentos na sessão</b>	
Não participa na sessão	
Participa quando estimulado	
Participa ativamente	

<b>Sentidos</b>	
Tato e movimento	
Visão	
Olfato	
Paladar	
Audição	

<b>Interação com o adulto</b>	
Estabelece contato visual	
Imita o adulto	
Estabelece comunicação verbal e não-verbal	
Demonstra ao adulto o que quer	
Ignora	

## APÊNDICE G

---

### **Grelha de Análise de Conteúdo das Fichas de Registo das Sessões de *Snoezelen***

Grelha de Análise de Conteúdo das Fichas de Registo das Sessões de *Snoezelen*

Sessão	Datas	Participação nas sessões			Estado emocional							Interação com o adulto					Técnica/ Material utilizado															Sentidos				
		Não participa	Participa quando estimulado	Participa ativamente	Contente	Contrariada	Relaxado	Agitado	Triste	Calma	Curiosidade	Sem interesse	Contato visual	Imita o adulto	Comunicação	Demonstra o que quer	Ignora	Colchão de água	Fibra ótica	Coluna de água	Espelho	Bolas diversas	Almofadas vibratórias	Cremes essencia	Livros	Brinquedos	Projetores	Música/CD	Piscina de bolas	Instrumento musical	Outros	Tato e movimento	Visão	Olfato	Paladar	Audição
1	7/3/2017 13h-14h		x	x	x		x			x			x	x			x	x	x			x	x					x	x		x	x	x			x
2	8/3/2017 13h-14h			x	x			x				x	x	x	x		x	x	x	x						x					x	x	x			x
3	9/3/2017 13h-14h			x	x		x			x				x	x		x	x		x	x	x	x	x	x					x	x	x	x			x
4	16/3/2017 13h-14h	x							x			x		x	x		x		x	x	x	x						x	x	x		x	x			x
5	20/3/2017 13h-14h		x	x	x		x	x					x		x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x			x
6	21/3/2017 13h-14h		x	x	x		x			x			x	x	x		x	x	x	x	x					x	x	x		x	x	x				x
7	23/3/2017 13h-14h		x		x	x		x						x			x	x	x	x			x	x		x	x			x	x	x	x			x
8	24/3/2017 13h-14h		x	x	x		x			x			x	x	x		x	x		x	x				x		x	x			x	x	x	x		x
9	28/3/2017 13h-14h		x	x	x		x			x			x	x	x		x	x		x	x		x				x	x			x	x	x	x		x
10	29/3/2017 13h-14h		x	x	x		x				x		x	x	x		x	x	x			x	x		x	x		x			x	x	x			x
11	30/3/2017 13h-14h		x	x	x		x			x		x	x	x	x		x	x	x			x			x		x		x		x	x	x	x		x
12	31/3/2017 13h-14h		x	x	x		x			x			x	x	x		x	x	x		x		x		x	x	x		x		x	x	x	x		x
		1	9	10	11	1	9	3	1	5	3	1	2	9	10	10	0	12	11	9	8	7	5	8	3	3	8	8	7	2	10	12	12	9	0	12

## APÊNDICE H

---

### Cruzamento de Dados dos Relatórios da Aluna



## Cruzamento de Dados dos Relatórios da Aluna

Salientamos que o Anexo F (Relatório da Terapeuta da Fala) é representado por A, o Anexo C (Avaliação do Plano Individual) refere-se ao C e D representa o Anexo D (Programa Educativo Individual).

<b>Categoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Frequência</b>	<b>Total</b>
Comunicação	“reage ao seu nome, embora nem sempre responda” (A e D)	2	
	“identificar alguns objetos e imagens” (D)	1	
	“dificuldade em compreender ordens simples” (A e D)	2	
	“demonstra ainda algumas dificuldades em cumpri-las” (A e D)	2	
	“Expressão verbal oral revela um grande comprometimento” (A e D)	2	
	“não acontece a nível de expressão oral” (A e C)	2	
	“evolução na compreensão da linguagem” (C)	1	
	“tenta repetir sequências de sons” (A e D)	2	
	“emite algumas palavras e sons” (C)	1	
	“começa a nomear palavras” (D)	1	
	“não mantem diálogo simples” (D)	1	
Relaciona- mento Interpessoal	“em partilhar jogos e brinquedos” (D)	1	
	“bom relacionamento com colegas e adultos” (C)	1	
	“criança meiga e carinhosa” (A e C)	2	
	“Mostra comportamentos repetitivos” (D)	1	
	“não reage bem quando é contrariada” (C)	1	
	“comportamentos desafiadores” (D)	1	
	“comportamento agressivo” (D)	1	
	“gosta de beijos e abraços” (D)	1	

Participação Social	“imita comportamentos dos seus pares” (D)	1	11
	“pouco interesse nas atividades” (A e C)	2	
	“necessita da presença do adulto” (C e D)	2	
	“momentos de atenção muito curtos” (A e D)	2	
	“birras com frequência (...) choro e gritos” (D)	1	
Aprendizagem	“come sozinha com colher” (C e D)	2	12
	“traço pouco adequado à sua faixa etária” (D)	1	
	“conta até dez” (A e D)	2	
	“faz enfiamentos” (D)	1	
	“sobe e desce escadas com ajuda” (D)	1	
	“interesse pela área do jogo” (C)	1	
	“realiza jogos de encaixe e puzzles” (D)	1	
	“Faz lotos simples” (D)	1	
	“Reconhece objetos pela função” (D)	1	
	“Está a fazer o treino de controlo de esfíncteres” (C)	1	
	“controla os esfíncteres” (D)	1	
	“lava as mãos e a boca” (D)	1	
	“bebe sem dificuldade” (D)	1	

## APÊNDICE I

---

### Declaração de Consentimento Informado

**Declaração de Consentimento Informado**

Confirmando que os procedimentos de investigação nomeados na carta anexa me foram explicados e que todas as minhas questões foram esclarecidas da melhor forma. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais.

Tomei conhecimento que tenho o direito a recusar participar, sem qualquer consequência desta recusa. Conheço que tenho o direito de colocar qualquer questão relacionada com o estudo, durante todo o seu desenvolvimento. Sei que sou livre de, a qualquer momento, desistir de colaborar no estudo, sem dar a conhecer qualquer explicação.

Assim, declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

Educadora responsável pelo estudo: \_\_\_\_\_

*Rute Teodoro*

(Rute Teodoro)

O Participante: \_\_\_\_\_

*[assinatura]*

(Encarregado de Educação)

*Luísa* 23 de *Fevereiro* de 2017

## APÊNDICE J

---

### Carta Explicativa do Estudo

### Carta explicativa do estudo

Lourinhã, 23 de fevereiro de 2017

Exmo(a). Sr(a).

O meu nome é Rute Alexandra Ramos Teodoro, sou estudante do Mestrado em Educação Especial- Domínio Cognitivo e Motor lecionado pelo Instituto Superior de Ciências Educativas. Gostaria de convidá-lo(a) a participar num estudo que estou a desenvolver no âmbito da minha dissertação de Mestrado, tendo como principal objetivo da Investigação aprofundar o conhecimento acerca dos benefícios da terapia Snoezelen- estimulação multissensorial- em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, ao nível da relação interpessoal, comunicação e comportamentos.

Realço que a informação recolhida nesta investigação poderá futuramente ajudar outras crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, através de sensibilização e maior conhecimento dos benefícios da terapia Snoezelen.

No estudo, a escolha de participar ou não é voluntária. O presente estudo não acarreta qualquer risco, não trazendo também qualquer vantagem direta para os que nele participam. Se decidir participar no estudo, poderá abandonar o mesmo em qualquer momento sem ter que fornecer qualquer tipo de explicação. Todo o material recolhido será codificado e tratado de forma anónima e confidencial, sendo conservado à responsabilidade da Educadora de Infância, Rute Teodoro.

A decisão de participar implica a autorização para utilização de recolha de dados clínicos da sua filha, recolhidos no período antes e pós as doze sessões de Terapia de Snoezelen. Os dados serão recolhidos através das entrevistas e dos documentos que constam no processo da criança. Após a apresentação dos resultados, os dados originais serão destruídos. Caso surja alguma dúvida, ou necessite de informação adicional, por favor contacte Rute Teodoro através do número 964236001 ou do correio electrónico [ruteteodoro@hotmail.com](mailto:ruteteodoro@hotmail.com).

O(A) Responsável: \_\_\_\_\_

Lourinhã, 23 de Fevereiro de 2017

Educadora que delega o estudo: Rute Teodoro

(Rute Alexandra Ramos Teodoro)

## **APÊNDICE K**

---

### **Pedido de Autorização de Registos**

**Pedido de autorização de registos**

Eu, \_\_\_\_\_ responsável pelo menor \_\_\_\_\_, declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos fotográficos e gravação Vídeo/Áudio nas sessões de Terapia de Snoezelen, exclusivamente para efeitos de supervisão do no âmbito de investigação "Benefícios da Terapia Snoezelen- estimulação multissensorial- em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo".

Declaro ainda que fui informado(a) de que estas gravações serão utilizadas única e exclusivamente no contexto do trabalho terapêutico realizado, para efeitos de supervisão ou formação profissional, e que obtive explicações satisfatórias por parte dos técnicos responsáveis para as questões por mim colocadas acerca deste projeto.

O(A) Responsável:

\_\_\_\_\_  
(Encarregado de Educação)

Educadora que delega o estudo: \_\_\_\_\_

Rute Alexandra Ramos Teodoro  
(Rute Alexandra Ramos Teodoro)

Amadora, 23 de Fevereiro de 2017



## **APÊNDICE L**

---

### **Autorização de Saída do Sujeito**

### **AUTORIZAÇÃO**

Eu, [REDACTED], encarregado de educação de [REDACTED], autorizo o meu educando a estar sobre vigilância e responsabilidade da educadora de infância Rute Alexandra Ramos Teodoro das 12h30 as 14h30 nos dias 07, 08, 09, 14, 15,16, 21, 22, 23, 28, 29 e 30 de Março de 2017 para realização de sessões de terapia de snoezelen.

Lourinhã, 06 de março de 2017

O encarregado de Educação

[REDACTED]  
\_\_\_\_\_

## **APÊNDICE M**

---

### **Pedido de Autorização à Instituição**

**Pedido de autorização  
para realização de investigação**

Atorço do.  
Condução em  
a [redacted] e a  
[redacted]

24/2/2017

Ribamar, 23 de fevereiro de 2017

Assinar junto ao  
Pessoal do Pety,

Exmo. Sr. Presidente da [redacted]

Eu, Rute Alexandra Ramos Teodoro, a desempenhar funções de Educadora de Infância na Resposta Social de Creche no presente ano letivo, venho por este meio solicitar a colaboração da V. prestigiada instituição, na recolha de dados para fins de investigação.

Sou estudante do Mestrado em Educação Especial- Domínio Cognitivo e Motor lecionado pelo Instituto Superior de Ciências Educativas, sob orientação da Mestre Leonor Marinheiro, e estou a desenvolver uma Investigação com finalidade de aprofundar o conhecimento acerca dos benefícios da Terapia Snoezelen- estimulação multissensorial em crianças com Perturbação de Espectro do Autismo.

No âmbito da investigação, pretendo a participação de uma criança com Perturbação do Espectro do Autismo que frequenta a Resposta Social de Pré-Escolar, como também a colaboração das profissionais que acompanham a mesma, através de entrevistas.

Para tal, gostaria de solicitar a vossa autorização e colaboração para recolher os respetivos dados para a elaboração do estudo. Saliento que ainda serão salvaguardadas a entidade da instituição e dos participantes no estudo.

Agradeço antecipadamente a vossa colaboração e disponibilidade.

Colaboradoras

Sem mais assunto, os meus cumprimentos,

Rute Teodoro

(Rute Teodoro)

## APÊNDICE N

---

### **Pedido de Autorização da Sala de *Snoezelen***

**Pedido de autorização**

Ribamar, 23 de fevereiro de 2017

Exmo. Sr. Presidente do centro Social e Cultural de Ribamar

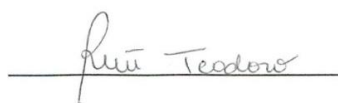
Eu, Rute Alexandra Ramos Teodoro, a desempenhar funções de educadora de infância na Resposta Social de Creche no presente ano letivo, venho por este meio solicitar a sua autorização para realizar o estudo empírico da minha dissertação de mestrado, na instituição.

Sou estudante do Mestrado em Educação Especial- Domínio Cognitivo e Motor lecionado pelo Instituto Superior de Ciências Educativas, e de momento estou a desenvolver uma Investigação no âmbito da minha dissertação de Mestrado, tendo como principal objetivo da Investigação aprofundar o conhecimento acerca dos benefícios da terapia Snoezelen- estimulação multissensorial- em crianças com Perturbação de Espectro do Autismo.

Para tal, gostaria de solicitar a vossa autorização e colaboração para recolher os respetivos dados para a elaboração do estudo, ao longo de doze sessões de Terapia de Snoezelen, nas vossas instalações.

Agradeço antecipadamente a vossa colaboração e disponibilidade.

Sem mais assunto, os meus cumprimentos,

A handwritten signature in dark ink, reading 'Rute Teodoro', is written over a horizontal line.

(Rute Teodoro)